

ANNEE 1969

THESE

N^o
1031

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Herbert PFEFFER

Né le 14 Septembre 1941 à CERNAUTI (Roumanie)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

LES SIGMOIDITES COMPLIQUEES

ET LEURS TRAITEMENTS.

(A propos de 12 Observations).

Président : Mr. SICARD, Professeur.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552226_0015

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1969

THESE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Herbert PFEFFER

Né le 14 Septembre 1941 à CERNAUTI (Roumanie)



PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

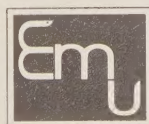
LES SIGMOIDITES COMPLIQUEES

ET LEURS TRAITEMENTS.

(A propos de 12 Observations).

Président : Mr. SICARD, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P.



40 RUE PASCAL PARIS



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Coste (F.), Debré (R.), Dechaume (M.), Galliard (H.), Gaudard d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lacomme (M.), Lamy (M.), Laroche (G.), Leiong (M.), Lévy (M^{lle} J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Maduro (R.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulouquet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutailis (D.), Piédellèvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Turpin (R.), Verne (J.).

DOYEN Georges BROUET

1^{er} ASSESSEUR Daniel BARGETON

2^e ASSESSEUR Jean GOSSET

A. — CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
à titre personnel	CABROL (Ch.)
— —	OLIVIER (G.)
Anatomie et Cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
à titre personnel	NEZELOF (Ch.)
— —	ORCEL (L.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
— —	DESGREZ (P.)
— —	POLONOVSKI (J.)
Chimie Pathologique	SCHAPIRA (G.)
à titre personnel	CARTIER (P.)
— —	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale (à titre personnel).	BOURLIÈRE (F.)
— —	HARTMANN (L.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
— —	DJOURNO (A.)
— —	DOGNON (A.)
à titre personnel	KELLERSHOHN (L.)
— —	GOUGEROT (L.)
— —	ROUCAYROL (J.-Cl.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histologie et Embryologie	COUJARD (R.)
— —	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
à titre personnel	RACADOT (J.)
Microbiologie	FASQUELLE (R.)
Bactériologie et Virologie	TOURNIER (P.)
à titre personnel	BARBIER (P.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
à titre personnel	LÉPER (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)

	MM.
Physiologie	BARGETON (D.)
—	MALMEJAC (J.)
—	PARROT (J.)
à titre personnel	DEJOURS (P.)
Physiologie et biologie appliquées aux sports	SCHERRER (J.)

B. — CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

1^o MÉDECINE

Biologie médicale.	FAUVERT (R.)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	COURY (Ch.)
Hygiène et Médecine préventive.	BOYER (J.)
Médecine du Travail.	DESOILLE (H.)
Médecine légale, droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Pathologie exotique.	BRUMPT (L.-O.)
Pathologie médicale.	BUGE (A.)
— —	BRICAIRE (H.)
— —	CORNET (A.)
— —	HOUSSET (E.)
— —	LAROCHE (Cl.)
à titre personnel	AZERAD (E.)
— —	BOUR (H.)
— —	BROCARD (H.)
— —	CAROLI (J.)
— —	FACQUET (J.)
— —	LAMBLING (A.)
— —	LAUNAY (Cl.)
— —	PAYET (M.)
— —	PERRAULT (M.)
— —	SIGUIER (F.)
— —	WORMS (R.)
— —	BOUVIER (J.)
Pathologie respiratoire.	TURIAF (J.)
Pathologie et Thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée.	MARGE (J.)

Chaires de Cliniques :

Clinique cardiologique (Bouicaut)	LENÈGRE (J.)
— — (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis).	DUPERRAT (F.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DEGOURT (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard).	MOLLARET (P.)
à titre personnel	BASTIN (R.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
à titre personnel (neuro-psychiatrie).	PICHOT (P.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
à titre personnel	LHERMITTE (F.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)

	MM.	
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)	
à titre personnel (hématologie)	ANDRÉ (R.)	
— — —	BOUSSER (J.)	
— — —	DREYFUS (B.)	
Cliniques médicales	Bicêtre.	DEPARIS (M.)
	Broussais.	MILLIEZ (P.)
	Cochin.	PÉQUIGNOT (H.)
	Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
	Pitié.	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine.	BOUDIN (G.)
—	CONTE (M.)	
—	KOURILSKY (R.)	
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)	
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)	
Clinique et Séméiologie médicales (Antoine-Chantin).	DOMART (A.)	
Séméiologie médicale (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)	
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)	
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)	
Clinique d'Hydrologie et de Climatologie (Sichat).	DEBRAY (Ch.)	
à titre personnel	GIBERTON (A.)	
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu).	DEROT (M.)	
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)	
à titre personnel	RICHET (G.)	
— —	GROSNIER (J.)	
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	ROYER (P.)	
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades).	MOZZICONACCI (P.)	
Clinique médicale infantile et de pédiatrie sociale (Enfants-Malades).	MARIE (J.)	
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	BRISSAUD (H.)	
à titre personnel	LESOBRE (R.)	
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)	
Hygiène et Clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)	
à titre personnel	POLONOVSKI (Cl.)	
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec).	BROUET (G.)	
à titre personnel	KREIS (B.)	
— —	MEYER (A.)	
Clinique de rééducation motrice.	GROSSIORD (A.)	
Electroradiologie	LEDoux-LEBARD (M.)	
—	LEFEBVRE (J.)	
Radiologie médicale.	DESGREZ (H.)	
à titre personnel	FISCHGOLD (H.)	
— —	TUBIANA (M.)	
— —	CHERIGIE (E.)	
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin).	DELBARRE (F.)	
Clinique rhumatologique (Lariboisière)	SÈZE (S. de)	
Clinique toxicologique (Fernand-Widal)	GAULTIER (M.)	

2^o CHIRURGIE

Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
— —	KUSS (R.)
— —	N...
à titre personnel	RAMADIER (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	MORIN (P.)
Technique chirurgicale et chirurgie expérimentale	MONSAINGEON (A.)

Chaires de Cliniques :

Clinique carcinologique (Gustave-Roussy)	DENOIX (P.)
Clinique carcinologique (Necker)	REDON (H.)
à titre personnel	BRÉHANT (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon LORTAT-JACOB (J.-L.)
	— BAUMANN (J.)
	Cochin LÉGER (L.)
	Hôtel-Dieu PATEL (J.)
	Saint-Antoine GOSSET (J.)
	Salpêtrière SICARD (A.)
	Tenon OLIVIER (Cl.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Sémiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)
— — — (Saint-Louis)	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — — (Foch)	PADOVANI (P.)
— — — — (Beaujon)	CAUCHOIX (J.)
Clinique traumatologique et orthopédique (Raymond-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
à titre personnel	CHIGOT (P.-L.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)	MATHEY (J.)
à titre personnel	GAUDART D'ALLAINES (Cl. de)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique obstétricale (Baudelocque)	LEPAGE (F.)
— — (Saint-Antoine)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
à titre personnel	LEBEAU (J.)
Clinique ophtalmologique (Cochin)	BRÉGEAT (P.)
— — (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	GERNEA (P.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)

C. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.		MM.
Anatomie	GILLOT (Cl.)	Médecine générale	AUSSANNAIRE (M.)
Anatomie pathologique . .	GOUYGOU (Ch.)	Maladies infectieuses . . .	DUPONT (V.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Bactériologie	LE MINOR (L.)	Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Biochimie médicale	{ CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)	Physique médicale	{ COURSAGET (J.) GREMY (F.) PELLERIN (P.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)	Physiologie	{ DURAND (J.) GIRARD (Fr.) HUGELIN (A.)
Hématologie	{ BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.)	Stomatologie	CHAPUT (M ^{me} A.)
Hygiène	{ BLANCHER (G.) CORRE-HURST (M ^{me} L.)	Pharmacologie	SCHMITT (H.)
Médecine légale	{ CECCAL P.) HADENGUE (A.) FOURNIER (E.)		

D. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

	MM.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

E. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologie	SCHWARTZ (D.)
Néphrologie	MAXWELL (M.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	M. le Docteur HANN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	{ Mme FORGET (F.), Miles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J.), Miles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), LE QUANG LINH (G.), REUGE (M.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma femme,

dont les sacrifices ont largement contribué
à l'achèvement de mes études.

A mon fils.

A la mémoire de mon père.

A ma mère,

avec toute mon affection.

A mon oncle et à ma tante,

pour tout l'affectueux soutien qu'ils m'ont
toujours apporté.

A mes Beaux-Parents,

avec toute mon affection.

A mon beau-frère et à mes belles-soeurs

Au Docteur NAUDEAU,

ami de toujours.

A mes Amis.

A Monsieur le Professeur SICARD

Professeur de Clinique Chirurgicale

Membre de l'Académie de Chirurgie

qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

En hommages respectueux.

A nos Maîtres,

Messieurs les Docteurs BLONCOURT et POLITI

Chirurgiens de l'Hôpital de Longjumeau

en espérant pouvoir nous montrer
digne de l'enseignement et de l'exemple
qu'ils nous ont prodigués.

Qu'ils trouvent ici l'expression de notre
sincère et respectueuse gratitude pour
leur accueil et leur enseignement au
cours de ces deux dernières années.

A Monsieur le Docteur COHEN-BOULAKIA

Chirurgien, Ancien Chirurgien des Hôpitaux de Tunis

A Monsieur le Docteur IMBERT

Chirurgien, Assistant à l'Hôpital des Enfants-Malades

A Monsieur le Docteur FOUCAULD

Médecin de l'Hôpital de Longjumeau

A Monsieur le Docteur WEIL

Gynécologue, Accoucheur, Assistant à l'Hôpital de Longjumeau

qu'ils veuillent trouver ici le témoignage
de ma reconnaissance.

Aux Docteurs KERSAINT, ULRICK et STUART,
Chirurgiens,

qui m'ont aidé de leurs conseils.

A tous mes collègues et amis de l'Hôpital de Longjumeau.

INTRODUCTION

Les principes essentiels concernant la question des sigmoïdites ont été parfaitement mis au point lors du 64 ème Congrès de l'Association Française de Chirurgie de 1962, ainsi que récemment lors du colloque chirurgical Paris-Lille de 1967.

Bien souvent méconnues, il n'est pas exceptionnel que médecins et chirurgiens se trouvent parfois devant de difficiles problèmes, dont la seule laparotomie exploratrice apporte la solution.

Devant la complexité relative des aspects revêtus par les sigmoïdites, devant l'importance des problèmes thérapeutiques qu'elles posent et la gravité de ses complications, il nous a paru intéressant de revoir et d'étudier les observations des malades traités chirurgicalement pour cette affection dans le service de Chirurgie de l'hôpital de Longjumeau.

Nous avons réuni 12 observations de sigmoïdites, représentant 12 complications, toutes traitées chirurgicalement.

DEFINITION

La sigmoïdite diverticulaire se définit comme un processus inflammatoire non spécifique, développé sur le colon sigmoïde atteint de diverticulose.

Cette définition exclue :

- les sigmoïdites spécifiques microbiennes, parasitaires ou d'accompagnement,
- les sigmoïdites de voisinage, trop longtemps considérées comme des formes anatomo-cliniques, développées au contact de foyers infectieux proches, telles une appendicite ou une annexite,
- les colites segmentaires, comme la maladie de Crohn du gros intestin ou l'ulcère simple du colon,
- les lésions sigmoïdiennes secondaires à la radiothérapie appliquée aux formations tumorales de voisinage,
- les sigmoïdites traumatiques et herniaires.

La sigmoïdite diverticulaire semble ainsi bien circonscrite. Les termes "diverticulite" et "sigmoïdite" peuvent être considérés comme synonymes, la diverticulose siégeant presque toujours sur le sigmoïde, et la sigmoïdite ayant le plus souvent une origine diverticulaire.

Nos observations concernent les seules sigmoïdites chirurgicales, c'est à dire qui sont montrées au chirurgien devant l'apparition d'une complication, qui nécessite au minimum une surveillance et un traitement médical à proximité de la salle d'opération, au maximum une intervention d'urgence.

ETIOLOGIE

La diverticulose est l'affection organique du colon la plus souvent observée. En pratique on la rencontre chez 10 % environ des adultes, hommes et femmes, ayant dépassé cinquante ans, selon les chiffres récemment publiés en France. (CH. DEBRAY : 10,60 % - J. BERTRAND : 8,63 %)

Sa fréquence croît par contre avec l'âge :

- rare avant 40 ans
- faible avant 60 ans : 3 à 10 %
- très fréquente après 60 ans : 24 %
- s'élève à 40 % après 70 ans (DEBRAY).

(Sur 386 sigmoïdites diverticulaires J. BERTRAND constate que 88,35 % d'entre elles avaient cinquante ans et plus).

Mais si la diverticulose apparaît bien comme une maladie du vieillissement, elle peut s'observer chez des malades jeunes et même chez des enfants.

L'homme n'a pas de privilège à cet égard. Tout au plus peut on dire que s'il existe une prédilection pour le sexe masculin, elle est très faible. Nous apportons quand à nous 7 observations chez la femme contre 5 chez l'homme. DEBRAY et HARDOUILLI émettent une hypothèse selon laquelle il semblerait qu'il y aurait une apparition un peu plus précoce de la diverticulose chez l'homme que chez la femme.

Il a été invoqué un facteur racial (plus grande fréquence chez les Anglo-Saxons), il ne semble pas évident, et il pourrait s'agir selon certains auteurs en l'occurrence plutôt d'un facteur diététique. L'obésité, retenue par certains, ne semble plus être reconnue aujourd'hui comme un facteur favorisant.

L'âge reste donc le seul élément indiscutable.

La diverticulose peut être considérée comme un stigmatte de sénescence et de vieillissement de la paroi colique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

LE DIVERTICULE

Le diverticule est une hernie de la muqueuse intestinale au travers de la musculature dissociée. Mais il faut distinguer les lésions des diverticules simples ; diverticulose, état dystrophique anatomique et celles des diverticules infectés : diverticulite, état pathologique.

A) Dans la DIVERTICULOSE.

- Les lésions macroscopiques.

Le sigmoïde est le lieu d'élection des diverticules ; au moins 70 % des cas, ce pourcentage tombe à 15 % pour le colon droit.

Les diverticules apparaissent comme des bosselures plus ou moins arrondies ou ovalaires, sessiles ou pédiculées, à surface en général régulière. Leur dimension est variable, en moyenne plus petite que celle d'un noyau de cerise, parfois très minime à la limite de la visibilité, plus rarement très gros, voire même géants comme dans certaines observations publiées. Très variable aussi est leur nombre : dans plus de 50 % des cas, les diverticules sont en petit nombre ; 5 à 20 groupés sur un court segment intestinal ne dépassant pas 20 à 30 centimètres. Ils peuvent être au contraire très nombreux, plusieurs dizaines, ou même unique.

Leur consistance est fonction de leur contenu, soit inappréciable quand ils sont vides, soit molasse quand ils contiennent un coprolithe. Le collet, plus étroit que le fond du diverticule, est facile à individualiser s'il est large ou très difficilement identifiable s'il est étroit.

Quant à leur siège, il n'est jamais au niveau des bandelettes longitudinales. Par ordre décroissant d'importance il existe trois principales zones faibles de la paroi colique au travers desquelles ils s'engagent :

+ le bord de l'insertion du mésocolon au voisinage des orifices d'entrée des vaisseaux droits,

+ les franges épiploïques qui peuvent les masquer,

+ et les gouttières qui bordent les bandelettes longitudinales.

- Les lésions microscopiques,

Histologiquement, le diverticule est une évagination de la muqueuse à travers la paroi par l'amincissement extrême de la couche musculaire intestinale. (BENSAUDE, CAIN et HILLEMAND).

Microscopiquement, le diverticule à pédicule long et étroit ou court et large, est constitué par une muqueuse subnormale (atrophie des glandes de Lieberkühn), une sous-muqueuse amincie et une muscularis mucosae indemne. Les fibres musculaires ont complètement disparu ou existent rares et éparses, l'essentiel du revêtement diverticulaire étant constitué par le méso qui, dans le cas présent n'est pas inflammatoire, mais qui est doublé par une zone de fibrose se substituant au plan musculaire et gagnant la sous-muqueuse.

- Les lésions neuro-musculaires de la paroi colique,

Au voisinage des diverticules, ces lésions ont été l'objet de nombreuses études récentes, surtout celles de E. MARTIN et J. L. FONTAINE qui s'appuient sur 100 pièces d'exérèse et de nécropsie. Les faits connus sont l'existence d'une hyperplasie musculaire plus ou moins prononcée déjà révélée par l'examen macroscopique qui montre un épaississement pariétal, et surtout un raccourcissement lié à une hyperplasie des bandelettes longitudinales qui leur a paru être le fait constant et dominant. Sur les coupes histologiques ces auteurs ont retrouvé cette hypertrophie faite d'une intrication d'hyperplasie véritable et de zones de simples tassements des myofibrilles.

Ces altérations sont constamment associées à des modifications du plexus d'Auerbach avec alternance sur une même pièce de zones sub-normales,

de foyers hyperplasiques et de lésions de régression scléro-atrophique des points nodaux, correspondant presque toujours aux lésions régressives musculaires.

Il est impossible de déterminer avec certitude si ces altérations neuromusculaires sont primitives et si la sigmoïdite diverticulaire ou non est la conséquence d'une atteinte dégénérative primitive du plexus d'Auerbach ou conséquence d'un désordre fonctionnel d'origine extrinsèque.

B) Dans la DIVERTICULITE.

La diverticulite se traduit par un aspect rouge, tendu, oédémateux du diverticule, l'inflammation pouvant gagner la paroi avoisinante.

Histologiquement la muqueuse du diverticule est érodée, ulcérée avec ou non suppuration.

A l'intérieur du diverticule, un petit fécalome peut s'enclaver et ulcérer la muqueuse, point de départ d'une infection qui va se développer en vase clos, déborder le cul de sac diverticulaire et atteindre l'atmosphère péri-sigmoïdienne. Des infections sont alors réalisées, allant de la diverticulite aiguë inflammatoire à l'abcès ou à la péri-sigmoïdite.

L'évolution est fonction de l'équilibre réalisé entre la virulence de l'infection et les processus de défense de l'organisme aidés par la thérapeutique.

La résolution est fréquente. A l'inverse, on peut voir survenir un abcès ou une péritonite par perforation ou par diffusion.

Mais après la résolution initiale et à la faveur de rechutes plus ou moins rapprochées, peut se constituer peu à peu une péri-sigmoïdite sclérolipomateuse irréversible évoluant dans les cas extrêmes jusqu'à la sigmoïdite chronique pseudo-tumorale.

Enfin à tout moment de l'évolution peuvent survenir, soit une occlusion, soit des hémorragies qui dans certains cas relèvent d'un processus inflammatoire avec participation vaso-motrice et érythrodiapédèse et dans d'autres dépendent directement de lésions vasculaires.

PATHOGENIE

Le mécanisme de formation des diverticuloses est encore très controversé. Les théories glandulaires et congénitales sont à peu près abandonnées, seule la théorie mécanique paraît la plus acceptable avec mécanisme de pulsion à travers des zones de moindre résistance de la paroi.

La fréquence des anomalies neuro-musculaires (Martin et collaborateurs) incite à penser que le diverticule est simplement le témoin d'une maladie primitive de la paroi musculaire du sigmoïde. Pour que les diverticules prennent naissance il est nécessaire qu'il y ait à la fois hyperpression et déficience pariétale.

Les modifications hyperplasiques sont probablement pour beaucoup d'auteurs à l'origine de l'hyperpression.

Les déhiscences naturelles de la paroi : orifice vasculaire (Ausemenn), cloisons conjonctivo-vasculaires intermusculaires (Nebut, Loygue et Hartmann), jouent un rôle important dans le mécanisme de formation des diverticules.

Pour Nebut et Loygue, l'élément primaire du diverticule est constitué par une crypte lymphoïde qui modifiée par un processus inflammatoire, constitue le noyau dense (nodule de pulsion), dont la propulsion grâce aux mouvements intestinaux physiologiques entraînera l'invagination. La mise en route du phénomène est donc d'ordre inflammatoire, mais les facteurs mécaniques régleront l'évolution du processus qui sera aggravé par les affections inflammatoires du tube digestif, la stase et les éventuels obstacles d'aval.

Cette théorie synthétique rend compte du long temps d'évolution nécessaire à la formation des diverticules et de la fréquence du siège sigmoïdique particulièrement exposé au jeu de la stase, de l'inflammation et des obstacles rectaux.

ASPECTS CLINIQUES ET TRAITEMENTS DES SIGMOIDITES DIVERTICULAIRES

Le polymorphisme clinique des diverticulites déconcerte. Les sigmoïdites ont des caractères très différents et parfois trompeurs. Il est difficile de classer leurs manifestations cliniques uniquement en 2 groupes distincts : Sigmoïdites aiguës et Sigmoïdites chroniques, car celles-ci s'entremêlent ou se succèdent, et certaines complications sont le fait aussi bien des formes aiguës que des formes chroniques. Aussi avons-nous jugé utile de séparer ce dernier chapitre et de décrire successivement :

- I) Les Sigmoïdites aiguës
- II) Les Sigmoïdites chroniques
- III) Les Sigmoïdites compliquées.

I) LES SIGMOIDITES AIGUES.

Elles peuvent être aiguës d'emblée ou bien n'être qu'une poussée aiguë d'une sigmoïdite chronique. Elles sont très fréquentes, correspondant à une atteinte purement muqueuse, récidivant volontiers, dont le point de départ est le phénomène de l'enclavement d'un coprolithe, toujours septique, dans un diverticule.

Elles peuvent survenir inopinément chez un sujet sans antécédent intestinal. Mais très souvent il existe des signes prémonitoires. L'interrogatoire retrouve des épisodes caractéristiques de constipation et d'épisodes colitiques remontant à plusieurs années en arrière. Fréquemment le malade signale un facteur déclenchant : simple excès alimentaire, surmenage physique, effort violent (Obs. n° 7 et 11), traumatisme abdominal. On retrouve aussi à l'origine une thérapeutique intempestive : purgation massive, lavement brutal surtout.

Le début est brusque, par une douleur abdominale basse, localisée dans la fosse iliaque gauche, aggravée par les mouvements, les efforts, irradiant vers la région inguinale et pelvienne. A cette douleur se joignent des troubles digestifs ; nausées, voire des vomissements, une constipation qui parfois ancienne s'est récemment aggravée, souvent précédée de quelques écoulements glaireux.

Enfin des signes infectieux traduisent la suppuration : une élévation thermique à 38° - 39° , une hyperleucocytose avec polynucléose. Cette infection de la fosse iliaque gauche est complétée parfois par des signes urinaires : ténésme, dysurie, brûlure à la miction.

L'examen est souvent gêné par une contracture pariétale de défense. La palpation de l'abdomen montre une fosse iliaque gauche douloureuse, avec, au maximum, perception dans la profondeur d'une masse boudinée, rigide, que l'on peut suivre jusque dans la cavité pelvienne. Le toucher rectal provoque à bout de doigt une douleur vive. Le toucher vaginal montre l'intégrité des annexes gauches, les culs de sacs sont libres avec parfois un discret empatement du Douglas, ce qui permet d'écarter chez la femme l'infection gynécologique.

Seul l'examen radiologique permet le diagnostic : lavement baryté conduit avec prudence, donné à basse pression et sans insufflation. L'examen radiologique indispensable, ne s'impose pas d'urgence. Le traitement médical fait de repos, diète, glace sur le ventre, antispasmodiques et antibiotiques, suffit pour amener en quelques jours une résolution plus ou moins totale. Le lavement baryté peut alors être pratiqué dans de meilleures conditions. Il peut mettre en évidence l'image, modifiée par l'inflammation, d'un diverticule dont le fond n'est plus injecté et se présente comme une cupule à bords irréguliers, dentelés. Parfois même, seul le pédicule peut être injecté, donnant des images en flammèche. La disparition d'un ou de plusieurs diverticules (chez des sujets ayant eu des radiographies antérieures) n'est pas rare au cours d'une poussée inflammatoire, c'est un argument d'une certaine valeur,

d'autant plus que la poussée apaisée on assiste à leur réapparition. Il montre surtout un intestin déformé par des haustrations irrégulières, désordonnées, anarchiques, parfois amputées sur un bord, donnant les classiques images "en pile d'assiettes", "en accordéon", "en éléments de radiateur". Ces images ne traduisent pas obligatoirement une atteinte inflammatoire. COULARD et HAMPTON ne les observent que dans 43 % des cas. L'intestin est fixé, encoché par endroits d'incisures : des spicules acérés hérissent son bord et semblent se diriger vers des diverticules mal visibles car mal injectés. Enfin l'image radiologique de sigmoïdite n'a pas de limites nettes, elle se dégrade et s'estompe progressivement en "léchant" l'intestin sain auquel elle se raccorde par une zone encore floue et imprécise ; elle est plus étendue en général que celle du cancer.

Cette sigmoïdite aiguë, traitée médicalement, peut rétrocéder. La température s'abaisse, la leucocytose diminue et le plastron inflammatoire se résoud en quelques semaines. Parallèlement, le transit se rétablit. L'évolution sera surveillée par des examens cliniques fréquents, l'étude de la courbe thermique, V.S., des numérations formules sanguines. Le traitement sera prolongé suffisamment comprenant :

+ une antibiothérapie polyvalente ou de préférence des associations pour agir à la fois sur les germes Gram + et Gram -, administrée à hautes doses et par voie parentérale, la voie buccale étant à déconseiller, le patient souvent nauséux répugnant à ingérer des dragées. Certains antibiotiques actifs par la bouche peuvent déclencher des diarrhées qui risquent d'aggraver les lésions sigmoïdiennes. La voie d'administration sera intra-musculaire, voire intra-veineuse, en injection directe ou en perfusion, pour obtenir une concentration sanguine rapide, et les doses seront élevées pour stériliser le plus rapidement possible les foyers infectieux. La Pénicilline s'avère indispensable : 2 à 4 millions d'unités matin et soir. Contre les germes Gram -, la streptomycine 0,50 g à 1 g (pour les cures courtes) matin et soir, ou la Colimycine (2 à 4 millions d'unités matin et soir, sont les plus actifs. Ces antibiotiques représentent l'essentiel de la thérapeutique.

+ le repos absolu au lit et la glace sur le ventre sont évidemment nécessaires. Le régime devra être léger, comportant des aliments facilement assimilables, ne fermentant pas,

+ La régularité des exonérations sera assurée par des laxatifs doux, mucilages, huile de paraffine. Tout purgatif ou laxatif irritant doit être proscrit.

+ On ajoutera des anti-spasmodiques : sulfate neutre d'atropine ou les nombreux anti-spasmodiques de synthèse, qui viseront à éviter au maximum les spasmes intestinaux.

+ Les corticoïdes sont formellement contre-indiqués au cours des poussées de sigmoïdites diverticulaires, car ils favorisent l'extension des processus de suppuration.

La durée du traitement est fonction de la sévérité des signes initiaux, et surtout de l'évolution sous traitement. En général il sera poursuivi au moins pendant une huitaine de jours après le retour à la normale de la numération et de la formule sanguine. La V.S. reste souvent un peu élevée pendant plusieurs semaines. Ce traitement peut durer pendant 15 à 20 jours. Un lavement baryté de contrôle est nécessaire pour faire un bilan lésionnel lorsque la poussée infectieuse s'est bien atténuée ; à ce stade il n'expose pas aux dangers de perforation, qui le font proscrire en pleine poussée aiguë.

Si la crise aiguë initiale de sigmoïdite est bien souvent favorablement influencée par le traitement médical, néanmoins dans un nombre non négligeable de cas, même correctement et longtemps traités, la cédation n'est que partielle, l'inflammation et l'infection progressent, et c'est dans ces formes que l'on doit craindre la survenue des complications sévères que nous analyserons ultérieurement. La crainte de telles complications doit conduire à ne pas prendre à la légère une sigmoïdite aiguë, même aux manifestations initiales peu alarmantes.

II) LES SIGMOÏDITES CHRONIQUES

Elles sont les plus fréquentes, se signalant par des troubles qui sont ceux d'une banale colopathie fonctionnelle. Les signes généraux font souvent défaut, et c'est un long passé digestif ou de survenue plus récente, qui amène grâce aux examens complémentaires à en faire le diagnostic.

Elles peuvent être primitives d'emblée, s'installant à bas bruit, ou au contraire le plus souvent elles sont secondaires à une sigmoïdite aiguë spontanément ou après traitement médical au décours de la crise.

Rarement les douleurs de la fosse iliaque gauche revêtent une grande acuité. Tantôt se sont des poussées douloureuses et fébriles peu intenses, laissant entre elles un endolorissement permanent et s'associent à des troubles du transit. D'autres fois, ce sont des troubles du transit qui sont au premier plan, avec une constipation entrecoupée de débacle diarrhéique, ou bien des crises sub-occlusives plus franches qui se répètent, avec dans l'intervalle un transit intestinal satisfaisant.

Le palper ne découvre aucune masse, la fosse iliaque gauche reste dépressible, et on sent le colon gauche et le sigmoïde spasmodés et sensibles. Le toucher rectal ne montre pas d'anomalie, de même que la rectoscopie dans les premiers centimètres du sigmoïde.

Le diagnostic n'est établi qu'avec le lavement baryté. Les diverticules atteignent la boucle sigmoïdienne. Leur nombre et leur taille sont variables, et ceux-ci restent sans rapport avec les troubles rencontrés. Ils sont de contours réguliers, arrondis ou ovalaires, le pédicule qui les relie à la lumière intestinale n'est pas toujours apparent. Le liseré de sécurité intestinal est conservé. Les haustrations sont modifiées, traduisant un trouble de la motricité colique plus qu'une lésion organisée. Régulières et identiques, profondes elles encochent largement le colon, réalisant comme nous l'avons déjà dit, l'aspect classique en pile d'assiettes ou en éléments de radiateur. Plus rarement les haustrations irrégulières rappellent celles observées au cours des sigmoïdites inflammatoires plus aiguës.

Le lavement baryté est ici beaucoup plus utile que dans les accidents aigus, car il permet un bilan des dégâts anatomiques, apprécie en particulier le calibre et la longueur du colon, ses déformations, la souplesse des parois. L'utilisation de médications relachantes de la fibre musculaire lisse permet de faire la part des spasmes et celle des lésions organiques.

Le traitement médical s'efforce de régulariser le transit et de réduire les lésions inflammatoires :

+ pour régulariser le transit, on proscriera là encore les laxatifs irritants, et l'on dispose du bismuth, des mucilages et de l'huile de paraffine. Les antispasmodiques, dérivées de la Belladone ou produits de synthèse seront prescrits. Le régime alimentaire visera à exclure les féculents, les légumes à grosses fibres cellulosiques dures, de même que les mets et les boissons glacées.

+ La prescription des médications anti-infectieuses est mal codifiée. Certains auteurs pensent qu'à ce stade initial du traitement il faut utiliser les antibiotiques majeurs administrés par voie générale, car les foyers infectieux des sigmoïdites diverticulaires chroniques siégeant dans l'intimité de la paroi, sont souvent engainés d'une coque scléreuse, et les sulfamides non résorbables n'ont aucune chance d'agir sur eux. Ces antibiotiques majeurs sont utilisés en association, à doses fortes comme nous l'avons indiqué dans les accidents aigus. La cure doit être suffisamment prolongée pour obtenir le retour à la normale de la courbe thermique, de la numération et de la formule sanguine. Pour d'autres auteurs si à la première consultation, les symptômes généraux sont peu marqués, la température normale, la vitesse de sédimentation à peine modifiée, le chiffre des leucocytes encore bas, on peut se contenter d'un traitement par les sulfamides intestinaux (sulflaguanidine, ou du type de la salazosulfapyridine, associés au lactobacille acidophilus.), à la dose habituelle de 4 à 8 g en cure de 6 à 10 jours.

Dans la très grande majorité des cas, le traitement initial donne des résultats favorables : le transit se régularise, les phénomènes inflammatoires disparaissent. Parfois le traitement médical échoue ; les poussées fébriles se répètent, l'obstruction intestinale persiste. L'indication opératoire paraît formelle, tout au moins chez des patients résistants. Mais un bon nombre de sigmoïdites diverticulaires évoluent chez des patients âgés, chez lesquels la chirurgie est un acte grave ; si bien qu'on hésite à opérer, quitte parfois à s'y décider ultérieurement la main forcée. Chez ces patients fragiles, on préfère souvent s'en tenir à un traitement médical prolongé, en mettant en balance les inconvénients d'une maladie bénigne et les risques d'une chirurgie relativement grave.

Le traitement d'entretien des sigmoïdites diverticulaires a pour but de consolider les résultats du traitement initial, et surtout d'éviter les récidives, qui peuvent survenir dans des délais et sous une forme imprévisibles. Cette thérapeutique prophylactique est souvent la seule possible chez des gens âgés, mais nous devons reconnaître qu'elle ne paraît pas satisfaisante chez des patients jeunes ou résistants où la colectomie segmentaire met certainement mieux à l'abri d'accidents ultérieurs.

Le traitement d'entretien est celui des diverticuloses non compliquées. Il a pour but essentiel de régulariser l'intestin et de prévenir le réveil des manifestations infectieuses. Malheureusement ce traitement a des inconvénients : il s'avère astreignant et lassant, ne pouvant être régulièrement suivi du fait des activités du malade, mais surtout il ne met pas toujours à l'abri des récidives, et souvent le patient reste sous la menace constante d'une complication grave obligeant à un acte chirurgical. L'âge du patient est un élément fondamental que nous prenons en grande considération, car la diverticulose est une maladie du vieillissement, et des tares polyviscérales associées peuvent rendre dangereux un acte chirurgical que les éléments cliniques n'imposent

pas formellement. A l'inverse, chez les patients jeunes surtout de moins de 40 ans qui présentent des accidents de sigmoïdite diverticulaire, font souvent des formes sévères et il semble hasardeux de les confier à un traitement médical aux résultats aléatoires. C'est pourquoi nous sommes chez le sujet jeune ou en pleine activité sociale, ne présentant pas de contre-indication d'ordre général, franchement interventionniste, rejoignant l'attitude chirurgicale dont les indications ont été remarquablement exposées par EDELMANN et HENRY lors du congrès de 1962.

En résumé, en ce qui concerne les diverticulites sigmoïdiennes, 80 % d'entre elles relèvent du seul traitement médical dont l'efficacité s'est considérablement accrue par l'entrée en scène des sulfamides et des antibiotiques. On retrouve ici la classique opposition médecins-chirurgiens : les premiers prétendent qu'il s'agit d'une affection parfaitement curable ; les seconds, avec LOYQUE, sont très sceptiques sur ces prétendues guérisons, HENRY et EDELMANN admettent au contraire qu'un malade sur quatre seulement a une chance de guérir définitivement. Il semble que les progrès de la chirurgie ont permis d'élargir les indications opératoires vers une catégorie de cas moins graves que ceux habituellement réservés au bistouri. On intervient aujourd'hui dans de bien meilleures conditions générales et surtout locales, ce qui permet dans de nombreux cas l'opération d'exérèse en un temps sans colostomie préalable. Néanmoins, comme le disaient EDELMANN et HENRY dans leurs conclusions sur le traitement chirurgical des sigmoïdites en 1962 "trop de diverticulites simples restent bien contrôlées par le traitement médical pour que la chirurgie prophylactique n'entraîne pas des colectomies inutiles et abusives."

A présent nous allons, à propos d'observations recueillies dans le service de Chirurgie du Docteur BLONCOURT à l'hôpital de Longjumeau, étudier les formes compliquées des sigmoïdites, et nous essaierons, pour chacune d'elles de schématiser les thérapeutiques chirurgicales qu'elles impliquent.

III) LES SIGMOIDITES COMPLIQUEES

Elles représentent souvent l'évolution des formes précédentes, une complication venant plus ou moins brusquement modifier le tableau clinique et le pronostic local ou général.

Ces complications sont :

+ les péritonites généralisées et localisées.

+ les abcès sigmoïdiens.

+ les fistules.

+ les occlusions.

+ les hémorragies.

+ les sigmoïdites pseudo-tumorales.

+ enfin un cancer peut apparaître au cours de leur évolution et c'est alors le problème de l'association :

Sigmoïdite + Cancer.

La fréquence de ces complications est assez grande puisque 15 à 20 % des sigmoïdites en donnent.

A) LES PERITONITES GENERALISEES.

Ses aspects cliniques peuvent suivre une sigmoïdite aiguë ou marquer le début de la maladie. Elles sont moins fréquentes que les péritonites appendiculaires, gastro-duodénales ou salpingiennes, mais par contre elles se voient plus souvent que celles dues aux diverticules de Meckel et aux ulcérations coliques.

Elles frappent en général des gens de plus de soixante ans et elles sont graves malgré les antibiotiques.

Nous en rapportons 7 cas sur 12 observations.

La péritonite aiguë par perforation d'un diverticule en péritoine libre est parfois provoquée par un facteur déclenchant ;

- traitement par les cortisoniques.

- lavement baryté brutal.

- efforts abdominaux : nous rapportons un cas (Obs. n° 7) après un effort de défécation, et un cas (Obs. n° 11) après un effort de soulèvement.

Survenant le plus souvent inopinément, la brutalité de leur apparition, réalisant le tableau classique d'une perforation septique, leur rareté relative enfin, font que leur diagnostic étiologique est presque toujours per-opératoire, surtout quand la notion de diverticulite antérieure n'existe pas.

Elles atteignent généralement des sujets âgés et débutent brutalement par une douleur vive dans la fosse iliaque gauche, se généralisant rapidement à tout l'abdomen, avec une prédominance marquée pour la partie sous-ombilicale.

Suivant l'intensité des phénomènes péritoneaux sont réalisés :

- soit la forme **sthénique**, avec contracture généralisée, prédominant dans la fosse iliaque gauche, mais souvent très nette dans la fosse iliaque droite et dans l'hypogastre, un état de choc plus ou moins marqué, avec température élevée, un pouls petit et rapide. L'abdomen, immobile, est plus souvent ballonné que rétracté. Au toucher rectal, le cul de sac de Douglas est empâté ou tendu et douloureux. La radiographie de l'abdomen sans préparation, souvent difficile à faire chez ce malade choqué, peut parfois montrer une image de pneumo-péritoine (Obs. n° 3), confirmant la perforation. L'évolution de cette péritonite est toujours rapide ; elle impose une intervention chirurgicale urgente, après une courte réanimation, chez un malade souvent âgé et fatigué.

- soit la forme **asthénique**, d'installation sournoise et réalisant un tableau clinique évoquant une occlusion fébrile. A l'examen le météorisme et la défense remplacent la contracture. Cependant un état de choc atteste la gravité de l'affection. L'origine de cette péritonite ne peut être que soupçonnée : elle sera affirmée à l'intervention seulement.

Il est rare que l'examen ait conduit au vrai diagnostic (Obs. N° 1, 3 et 8) ; et c'est en général la perforation appendiculaire qui est évoquée (Obs. N° 4, 8 et 9). Cependant, l'âge du sujet, les antécédents connus ou recherchés par l'interrogatoire de diverticulose (Obs. N° 3), les prodromes parfois retrouvés signant une diverticulite pourraient y faire penser.

Quoiqu'il en soit, l'intervention s'impose ; et dès l'ouverture du péritoine, l'écoulement d'un pus malodorant, mêlé de matières fécales peut guider vers le sigmoïde. Cependant, ce n'est qu'après avoir constaté l'absence des lésions attendues dans les perforations habituelles, que l'on examine systématiquement le colon.

Le sigmoïde apparaît tuméfié, épaissi, rouge, couvert de fausses membranes et présentant quelques plages cyanotiques ou noirâtres parmi lesquelles on peut trouver la perforation. Bien souvent, c'est dans un diverticule qu'il faut la rechercher, ceux-ci sont nombreux, les uns étant normaux, les autres d'aspect inflammatoire, d'autres enfin sphacéliques, au milieu d'une zone oedématisée et couverte de fausses membranes. La perforation est parfois évidente (Obs. n° 7, 8, et 9), béante et laissant échapper des gaz et des matières. Parfois, il faut la rechercher derrière une frange épiploïque (Obs. n° 1), ou dans des adhérences colo-vésicales (Obs. N° 11), ou même sous les anses grêles venues obturer l'orifice (Obs. n° 3). Dans l'observation N° 1, la perforation était punctiforme, très difficile à individualiser, ayant entraîné dans sa recherche une désinsertion mésentérique du méso sur 5 cm, imposant une résection partielle du grêle.

TRAITEMENT.

La péritonite généralisée réclame un traitement d'urgence lorsqu'il s'agit d'une péritonite stercorale ou purulente, complication d'une tumeur inflammatoire sigmoïdienne aiguë, le drainage par lame, éventuellement par Mickulicz sortant par l'incision médiane, associé à une COLOSTOMIE sus-jacente (si possible de proche amont) semble être l'acte le plus satisfaisant. Il est logique de suturer la perforation si elle est vue.

Si la perforation siège au sommet d'un sigmoïde mobile ou facilement mobilisable, il semble que pour la plupart des auteurs, l'extériorisation sur baguette du segment perforé est une solution rapide et satisfaisante chez le sujet âgé et fatigué. Mais bien souvent la réalisation technique de cette extériorisation est rendue difficile par les adhérences nombreuses à tous les organes de voisinage et la difficulté de mobiliser un sigmoïde rattaché à la paroi postérieure par un méso court, épais et scléreux. Pour Edelmann, si l'état général est satisfaisant, et dans le cas d'une telle lésion, l'attitude chirurgicale peut comporter une résection chirurgicale d'urgence avec ou sans rétablissement de la continuité.

Pour Cl. HOUDARD, l'anastomose après résection colique d'urgence est possible si la perforation est récente, et la réaction péritonéale faible. Mais dans la grande majorité des cas, l'intervention assez sérieuse pour un malade dont l'état général est précaire, est techniquement difficile pour les raisons évoquées précédemment, et surtout l'anastomose termino-terminale, difficile à réaliser dans ce tissu inflammatoire, peut manquer de solidité, exposant à de graves complications post-opératoires.

Dans les cas les plus graves, perforations multiples, état précaire du sigmoïde, l'opération de HARTMANN est la seule ressource quels que soient l'âge ou l'état général du malade. (EDELMAHN).

Quoiqu'il en soit, l'isolement de la perforation, drainage soigneux, et colostomie d'amont, constituent le traitement d'urgence le plus fréquemment réalisable. (Obs. N° 1,4,7,8,9,). Ce traitement nécessite une antibiothérapie massive, une surveillance et une correction de l'équilibre biologique, une aspiration continue pendant quelques jours.

Toutes les complications aiguës traitées d'urgence par un procédé palliatif devraient subir une colectomie secondaire, avec rétablissement de la continuité. La colectomie secondaire répond à certaines règles énoncées par EDELMAHN, et que nous rapportons ici :

- aucune colostomie ne doit être refermée, sans avoir au préalable réséqué le colon sous-jacent.

- la résection doit être faite en fonction des lésions initiales et non sur l'état du sigmoïde au décours de l'accident aigu, et qui a parfois repris un aspect radiologique normal.

- cette résection peut être faite de 6 semaines à 3 mois après l'épisode aigu, lorsque les phénomènes inflammatoires ont disparu.

- les contre-indications à la colectomie secondaire sont fonction des tares et de l'état général du malade. Si l'on y renonce, la colostomie doit être conservée définitivement.

Dans nos observations, les 7 interventions réalisées en urgence sont schématisées par le tableau suivant. Une seule colectomie idéale d'emblée a été pratiquée avec des suites excellentes (Obs. n° 3) ; 5 malades ont subi une colostomie d'amont transverse ou iliaque gauche (Obs. N° 1, 4, 7, 8 et 9) : Un seul décès est à déplorer (Obs. n° 9) dans les suites immédiates par un énorme phlegmon gangréneux de la paroi, malgré une importante antibiothérapie polyvalente.

Traitement en urgence	nombre	décès	colectomie secondaire
Colectomie d'emblée idéale	1 (Obs. n° 3)	0	
Suture + drainage + colostomie	3 (Obs. n° 1, 7, 8)	0	2 (Obs. n° 1 et 7)
Drainage + colostomie d'amont	2 (Obs. n° 4 et 9)	1	1 (Obs. n° 4)
Suture + drainage	1 (Obs. n° 11)	0	
TOTAL	7	1	3

Parmi les 5 malades restants :

- l'un (suture + drainage simple) a très bien répondu au traitement médical ultérieur, et aucune indication de résection n'a été posée. A l'heure actuelle le recul est de 2 ans : il va bien.

- chez les 4 autres, tous dérivés, l'indication d'une colectomie en 2 temps a été retenue :

- + dans un cas (Obs. N° 8), au 8 ème jour après l'intervention apparaissent des douleurs de l'hypochondre droit, associées à de la fièvre et à un plastron sous-hépatique, qui ne cède pas aux antibiotiques. Les radiographies de l'abdomen sans préparation montrent des niveaux hydro-aériques sur le grêle.

Intervention : abcès sphacélique de la région sous-hépatique. Un décollement colo-hépatique s'avère impossible. On se contente de mèche et de drainer. Il s'agit d'un phlegmon secondaire à une perforation diverticulaire de l'angle hépatique du colon. Revue 2 mois après, fermeture de la colostomie d'amont. L'âge et l'état général de la malade ne permettent pas d'envisager une cure radicale.

+ les 3 colectomies réalisées se sont soldées par 2 guérisons (Obs N° 4 et 7) et par une complication post-opératoire (Obs. N° 1). Le délai entre la colostomie et la colectomie variait de 2 à 4 mois.

Dans l'observation N° 1, la complication post-opératoire réside dans l'apparition d'une fistule recto-vaginale, avec suppuration et altération de l'état général, secondaire semble-t-il à la technique de TOUPET employée ici. Le traitement a comporté :

- un drainage par lame vaginale et mèche rectale.
- un anus transverse droit de dérivation.

Cette malade, revue 3 mois après, la fistule s'est complètement asséchée. Le cloaque est en voie d'organisation. On envisagera la fermeture de son anus transverse d'ici 4 à 5 mois.

Quoi qu'il en soit, la mortalité de cette complication est très élevée. La gravité de ces péritonites tient au retard du diagnostic et à la toxicité de l'épanchement stercoral. (Cl. HOUDARD)

- Cl. HOUDARD : 5 décès sur 11 opérés.
- EDELMANN : 4 décès sur 9 opérés.
- notre statistique : 1 décès sur 7 opérés.

B) LES PERITONITES LOCALISEES.

Leur diagnostic est cliniquement très difficile, et, si le tableau clinique ne revêt pas l'intensité dramatique des perforations en péritoine libre, il impose cependant par son accentuation progressive et discontinue, et notamment, l'aggravation des signes généraux, l'intervention.

La douleur est d'apparition relativement brutale, siégeant dans l'hypogastre ou la fosse iliaque gauche, assez intense, s'atténuant parfois, pour devenir plus sourde avec quelques paroxysmes.

Elle s'accompagne rapidement de troubles digestifs : nausées, vomissements, arrêt relatif des matières et des gaz, réalisant un état de sub-occlusion. L'état général est altéré : fièvre souvent élevée ; parfois modérée après une rémission incomplète.

L'examen de l'abdomen montre un ventre plat ou légèrement ballonné, respirant faiblement, avec une contracture localisée dans la fosse iliaque gauche et parfois, sensation d'un empâtement diffus. Le toucher rectal peut montrer un cul de sac de Douglas légèrement sensible et percevoir à bout de doigt ou à travers le rectum, une tuméfaction sur le sigmoïde.

La numération formule sanguine révèle une leucocytose élevée avec polynucléose.

Tous ces signes n'ont rien de caractéristiques, et la radiologie est de peu d'utilité, l'abdomen sans préparation pouvant au plus montrer une aérocolie peu évocatrice, et le lavement baryté étant dans ce cas trop dangereux pour être pratiqué.

Bien souvent de plus, ce sont des signes d'emprunt qui conduisent à l'intervention :

- soit que les signes occlusifs l'emportent et que l'on intervienne avec le diagnostic d'occlusion (Obs. N° 6 et 12)
- soit que les signes urinaires, qui accompagnent la majorité des sigmoïdites, fassent penser à une affection urinaire.

TRAITEMENT.

Après une laparotomie que l'on fait en général médiane sous-ombilicale, la véritable nature de la lésion s'impose rapidement : le sigmoïde, turgescant, inflammatoire, recouvert de fausses membranes est adhérent, peu mobile. Dans l'observation N° 6, c'est en essayant d'attirer le sigmoïde vers soi, qu'on débouche un abcès perforé contenant une cuillère à soupe de baryte.

Parfois, on peut libérer progressivement les adhérences et dévoiler la perforation. Dans l'observation N° 12, l'intervention d'urgence a été pratiquée avec le diagnostic d'hernie ombilicale étranglée. Au moment de l'ouverture du péritoine, on trouve un pus sphacélique, fétide, que l'on pense tout d'abord être en rapport avec une nécrose d'une frange épiploïque étranglée, mais on s'apercevra vite que le sac de la hernie ombilicale était en communication avec un gros abcès méso-caelique provenant d'une perforation bouchée du sigmoïde. Fréquemment aussi autour de la perforation, on trouve réunis par des adhérences, la vessie et une anse grêle, ou épiploon et vessie.

Le traitement dépend surtout de l'étendue des lésions et de l'importance de l'inflammation :

On peut extérioriser la perforation après l'avoir isolée par des mèches.

On peut encore fermer simplement la perforation par une suture en bourse renforcée par de l'épiploon. Dans ce cas toutefois comme dans le cas assez rare d'ailleurs où il est possible de faire une résection immédiate, il paraît prudent de réaliser une colostomie d'amont, cette dernière étant supprimée lors d'un deuxième temps ultérieur.

Quelle que soit la méthode choisie, le traitement général et, notamment l'antibiothérapie, est toujours très important : il ne faut pas oublier en effet, que les péritonites par perforation du sigmoïde sont les plus septiques.

Sur les 2 observations de péritonites couvertes opérées dans le service

- la première (Obs. N° 6) a été traitée par drainage et colostomie iliaque gauche sur baguette, celle-ci étant refermée 6 mois après, avec auparavant colectomie segmentaire et anastomose termino-terminale en un plan. Les suites ont été excellentes.

- la seconde (Obs. N° 12) a été traitée par suture en bourse de la perforation avec drainage par lame de caoutchouc dans le cul de sac de Douglas. Drainage aspiratif sous-cutané. La malade constitua très rapidement un syndrome infectieux très sévère et décéda au 3 ème jour après l'intervention.

Donc il s'avère que la mise hors circuit du sigmoïde infecté et fragile semble indispensable.

Nous n'avons pas d'observation de colectomie idéale d'emblée, qui est parfois possible, mais au cours de laquelle, le rétablissement de la continuité colique peut être difficile et de peu de sécurité. Il semble, là aussi, que l'on doive préférer une intervention type HARTMANN, avec anastomose colique ultérieure.

Quant à la colectomie secondaire avec rétablissement de la continuité, faite après refroidissement des lésions, elle semble indiquée au même titre que la résection différée après perforation en péritoine libre.

C) LES ABCES PERI-SIGMOIDIENS.

Après une période plus ou moins longue de diverticulite, s'installe progressivement :

la péri-sigmoïdite plastique ; avec persistance de douleurs de la fosse iliaque gauche, vomissements, altération de l'état général. La palpation révèle un plastron de la fosse iliaque gauche, douloureux, mal limité, fixe sur les plans profonds, cependant que le reste de l'abdomen est souple.

Sous l'influence du traitement médical, on peut assister à une résolution lente du plastron. Dans d'autres cas, la crise de sigmoïdite ne cède pas malgré le traitement, et l'évolution se fait vers la constitution d'un :

abcès péri-sigmoïdien : les signes généraux s'aggravant ; température élevée, sueurs, teint terreux, faisant penser à une suppuration profonde, cette conviction étant renforcée par une importante leucocytose avec polynucléose. Le plastron se modifie peu à peu : se ramollissant et se transformant rapidement en une collection dessinant parfois sous la paroi, une voussure oedématiée et associée à un oedème pariétal plus ou moins diffus. La tuméfaction se déplace en même temps en dedans et vers le bas, perçue au toucher rectal, empiétant le Douglas, qui est très sensible. Enfin les signes occlusifs sont pratiquement constants.

Le diagnostic de ces abcès de la fosse iliaque gauche est relativement facile, bien qu'à ce stade, on ne puisse éliminer l'abcédation d'un cancer colique. Il en est de même dans les abcès à localisation pelvienne qui orientent, surtout chez la femme, vers la sphère génitale. Dans ce dernier cas, le toucher vaginal et le toucher rectal montrent une tuméfaction douloureuse bombant dans le Douglas : les antécédents lointains ou récents de diverticulite, la symptomatologie occlusive, doivent faire penser à une origine sigmoïdienne.

L'évolution de cet abcès est variable, il peut régresser, plus souvent, il s'ouvre en péritoine libre donnant une péritonite, ou encore dans un organe de voisinage, réalisant une fistule, qui n'est jamais un mode de guérison, et qui aggrave toujours les conditions opératoires.

Pour conclure, ces abcès peuvent se développer vers le mésentère et créer un abcès méso-coeliaque, ne se traduisant que par les signes d'une occlusion avec fièvre. Cet abcès aboutit à la constitution progressive d'une fistule, dont le diagnostic étiologique est difficile, ainsi que son traitement.

TRAITEMENT.

Les volumineux abcès bien collectés, à symptomatologie bruyante, doivent être incisés et drainés.

Ceux de la fosse iliaque gauche par incision externe et basse, dans l'angle pariéto-colique.

Les abcès pelviens bombant dans le Douglas, peuvent être évacués par colpotomie ou rectotomie.

Enfin, les abcès à évolution lombaire pourront être drainés au niveau du triangle de Jean Louis PETIT.

L'ouverture de la collection et son drainage, entraînent une amélioration rapide de l'état général, avec disparition des signes occlusifs. Malgré cette amélioration, on assiste parfois à la formation d'une fistule secondaire, sigmoïdo-vésicale ou sigmoïdo-vaginale. Ces fistules font poser le problème de l'opportunité d'une colostomie d'amont, effectuée dans le même temps que l'ouverture de l'abcès. Mettant au repos le sigmoïde abcédé et fragile, la colostomie diminue le risque de fistulation.

S'ils bombent dans le Douglas, et peuvent être évacués par rectotomie ou colpotomie, la colostomie sus-jacente semble être inutile.

S'ils évoluent vers la fosse iliaque gauche, et s'ils doivent être évacués par incision iliaque, la colostomie d'amont est facultative pour beaucoup d'auteurs. EDELMANN préconise qu'elle pourrait être pratiquée secondairement si il y a un écoulement stercoral par l'incision.

Par contre, les abcès abdominaux, sont parfois de drainage difficile, et certains auteurs préconisent une colostomie presque systématique dans ces formes.

La persistance de foyers purulents, la sclérose cicatricielle, laissent un sigmoïde fragile, c'est pourquoi, sauf contre-indication spéciale, on envisagera une colectomie secondaire réalisée au moins 2 à 3 mois après la résolution des signes locaux et généraux.

Nous n'avons dans nos observations, qu'un seul cas d'abcès péri-sigmoïdien. (Obs. N° 5). L'exploration a montré une inflammation localisée

du sigmoïde, adhérant à la trompe et à la corne utérine gauches. La libération des adhérences sigmoïdo-vésicales a permis d'évacuer un abcès péri-sigmoïdien. On a décidé de pratiquer une colectomie idéale d'emblée, avec drainage par lame retro-anastomotique. Les suites n'ont pas été favorables : apparition vers le 10^{ème} jour d'une fistule cutanée abdominale, traitée par un drainage aspiratif. L'état de plus en plus alarmant de la malade, nous décide de ré-intervenir chez un sujet fragilisé : fistules multiples du grêle, mettant en communication le grêle avec le colon gauche, dont l'anastomose pratiquée quelques semaines plus tôt, a complètement désunie. On pratiqua alors une résection de 15 cm de grêle, associée à une opération de Hartmann. La malade est décédée 3 semaines plus tard, dans un grand tableau de cachexie.

D) LES FISTULES.

Les fistules sont une des complications particulières à cette affection. Elles sont très diverses, succédant soit du drainage chirurgical d'un abcès aigu, soit de l'ouverture spontanée d'un abcès développé à bas bruit. Elles peuvent se constituer au cours de la première crise de sigmoïdite aiguë, ou décalées, longtemps après les premiers troubles, soulevant alors des difficultés diagnostiques.

Les fistules peuvent s'ouvrir à la peau, ou mettre en communication le sigmoïde avec un organe voisin.

a) les fistules cutanées.

Les fistules pyo-stercorales s'ouvrent le plus souvent à distance, dans la fosse iliaque droite, au périnée, ou dans la fosse lombaire gauche.

Elles constituent une indication formelle à la colectomie en un temps, cependant on pourra recourir à la colostomie préalable dans le cas de fistules multiples, comprenant plusieurs poches mal drainées. Les petits moyens, installation in loco de drogues les plus diverses, nitratage, etc..., ne peuvent en aucun cas obtenir l'assèchement du trajet et l'obturation de l'orifice colique.

b) les fistules sigmoïdo-vaginales et recto-sigmoïdiennes.

Les premières révélées par une incontinence des matières, elles seront traitées chirurgicalement par suture après séparation du vagin et de l'intestin terminal sur une grande longueur. Les secondes sont relativement mineures, et relèvent d'un traitement analogue à celui des précédentes.

c) les fistules sigmoïdo-vésicales.

Elles sont de loin les plus fréquentes. Elle est souvent annoncée par des troubles urinaires : cystalgie, brûlures et pollakiurie. Mais deux symptômes permettent de ne pas la méconnaître, ce sont la pneumaturie et la fécalurie. La cystoscopie ne permet que rarement de voir l'orifice vésical de la fistule, petit, sur le dôme, loin du trigone. Le lavement baryté peut, dans quelques rares cas seulement, opacifier la vessie.

Sa conséquence la plus redoutable est l'infection urinaire, qui peut parfois atteindre une haute gravité et contre laquelle la thérapeutique anti-infectieuse la plus vigoureuse est toujours sans effet ou presque, ce qui a été le cas de l'observation n° 2.

Quelle que soit l'évolution, la survenue de troubles urinaires ou d'infection urinaire récidivante, doivent faire rechercher systématiquement une fistule chez un malade atteint de diverticulite.

TRAITEMENT.

Aussi bruyantes que soient les manifestations urinaires, le traitement de la fistule sigmoïdo-vésicale d'origine diverticulaire relève non de la chirurgie urologique, mais de la chirurgie digestive. La seule condition de succès du traitement chirurgical de cette fistule réside dans la résection du sigmoïde malade. La séparation simple des orifices ne suffit pas, et le trajet se rétablit fréquemment.

Dans la majorité des cas, il est possible de faire une colectomie d'emblée, suivie dans le même temps, du rétablissement de la continuité.

Aucun temps vésical n'est nécessaire, si ce n'est la pose d'un ou de deux points de catgut sur le péritoine vésical, associé à la pose d'une sonde uretro-vésicale maintenue en place pendant 6 à 7 jours.

Notre expérience des fistules est très modeste. Le seul cas que nous rapportons (Obs. N° 2) fut observée chez un homme de 72 ans, qui présentait des troubles urinaires depuis un an, à la suite d'une adénomectomie, dont les suites post-opératoires avaient été troublées par l'apparition d'un hématome puis d'un abcès sus-pubien. La fistule fut opérée en un seul temps, comportant :

+ une résection segmentaire sigmoïdienne, suivie d'anastomose colorectale en un plan.

+ une suture vésicale en 2 plans au catgut chromé.

+ drainage par lames de caoutchouc dans le Douglas, et sortant par contre-incision iliaque gauche.

Les suites opératoires chez ce malade ont été simples, et le résultat à l'heure actuelle est excellent.

d) les fistules entéro-coliques.

Les fistules entéro-coliques sont beaucoup plus rares. De diagnostic plus difficile, un seul symptôme peut y faire penser : la survenue inopinée d'une diarrhée chez un malade suivi pour sigmoïdite aiguë. On ne pourra en établir le diagnostic que par une radiographie du grêle par voie haute, au cours de laquelle l'anse sigmoïdienne s'opacifie brusquement, alors que la terminaison iléale et le bas-fond coecal ne sont pas encore atteints.

La seule sanction thérapeutique est ici encore chirurgicale. Elle devrait comporter une colectomie idéale en un temps, sans dérivation associée. Mais parfois, les difficultés de la présentation d'une masse tumorale et inflammatoire, laissant peu de garantie sur la solidité de l'anastomose, peut imposer une dérivation précédant la résection jugée trop difficile. Le refroidissement des lésions obtenu, on pourra alors procéder à l'exérèse avec rétablissement de la continuité.

Nous avons un cas de fistule jéjuno-colique, (Obs. N° 5), découvert lors de la laparotomie exploratrice que nous avons pratiqué à la suite de l'apparition d'une fistule cutanée abdominale, dans les suites d'une sigmoïdite traitée chirurgicalement par colectomie idéale d'emblée. L'exploration montra que le grêle adhérait fortement à la paroi pelvienne gauche et présentait de nombreuses fistules (4), mettant en communication le grêle avec le colon gauche, réalisant une fistule jéjuno-colique externe qui s'évacuait par la lame de drainage. On notait également que l'anastomose colique, pratiquée 6 semaines plus tôt, avait totalement désunie. On pratiqua alors :

+ une résection de 15 cm de grêle, suivie d'anastomose termino-terminale en 1 plan.

+ opération de Hartmann.

+ drainage par lames sortant par contre-incision gauche.

Malgré un traitement antibiotique intense, la malade décéda 15 jours après dans un grand tableau de cachexie.

e) Nous tenons à rapporter le cas d'une fistule recto-vaginale (Obs. N° 1) apparue dans les suites d'une colectomie idéale secondaire pour péritonite par perforation de sigmoïdite diverticulaire. Cette perforation avait été traitée en urgence, deux mois auparavant, par colostomie iliaque gauche avec suture de la perforation et drainage. La technique employée comportait au cours de cette colectomie secondaire :

+ une résection sigmoïdienne de 20 cm suivie d'anastomose colo-rectale en un plan total selon le procédé de Toupet, après abaissement de l'angle colique gauche et ligature de l'artère mésentérique inférieure à son origine.

+ péritonisation par cloisonnement colo-vésical, avec double drainage, vaginal et retro-péritonéal.

+ opération de Childs.

+ hystérectomie totale selon le procédé d'Aldridge pour endométrite suppurée.

L'apparition de la fistule recto-vaginale, avec suppuration profonde et altération de l'état général, semble être consécutive à la technique employée au cours de la colectomie (procédé de Toupet + hystérectomie). Cette fistule a été traitée par :

+ drainage par lames vaginales et mèches rectales.

+ anus transverse droit de dérivation.

Revue 3 mois après, la fistule recto-vaginale s'est complètement asséchée. Le cloaque est en voie d'organisation. On envisage la fermeture de son anus transverse droit d'ici 3 à 4 mois.

E) LES OCCLUSIONS.

L'occlusion au cours des diverticulites, pose des problèmes diagnostiques, en particulier avec un cancer du sigmoïde.

D'installation relativement progressive, elle se résume parfois au début, à l'arrêt précoce des matières et des gaz, apparemment longtemps bien supporté. Le plus souvent ce sont des épisodes sub-occlusifs se terminant par une débacle diarrhéique.

L'examen retrouve une distension du cadre colique, qui peut être animé de mouvements péristaltiques. Le météorisme, quoique modéré, permet parfois de sentir une masse dans la fosse iliaque gauche, dont le volume, la forme et la consistance pourraient peut-être faire penser à une sigmoïdite.

Le lavement baryté bute sur un obstacle qu'il ne peut franchir, peu après le cap recto-sigmoïdien, et ne peut en apprécier l'origine. Le lavement baryté ne peut, malgré l'existence de diverticules en amont, éliminer un néoplasme de façon certaine.

Le syndrome occlusif ou sub-occlusif est retrouvé dans presque toutes nos observations. Nous n'avons pas rencontré d'occlusion mécanique et invincible vérifiée à l'intervention.

TRAITEMENT.

La plupart des occlusions par sigmoïdite étant de nature inflammatoire et d'origine colique, il est exceptionnel qu'on soit amené à poser une indication opératoire d'urgence. La réaction favorable au traitement médical est quasi constante.

Si l'occlusion ne cède pas, la colostomie d'amont, iliaque gauche ou transverse, s'avère indispensable. Après essai de refroidissement par les antibiotiques, une exploration radiologique barytée, à la fois par l'anus naturel et à travers la colostomie, permet parfois de découvrir une sténose étendue avec une muqueuse enflammée et persistance des plis muqueux au niveau de ce rétrécissement, tous signes en faveur de la diverticulite. Pour LOYGUE, plutôt que de conduire immédiatement à l'intervention, le doute devrait amener à pratiquer un nouvel examen radiologique dans un délai n'excédant pas 15 jours, mis à profit pour tenter d'agir sur les lésions inflammatoires par les antispasmodiques, les désinfiltrants, la vaccination. En effet, l'hésitation entre cancer et sigmoïdite inflammatoire peut persister même à l'intervention, tout aussi bien au doigt qu'à l'oeil, certaines tumeurs inflammatoires peuvent ressembler à un cancer et réciproquement. Or un diagnostic pré-opératoire exact n'est pas sans importance, puisque le souci majeur devant un cancer est l'exérèse large alors que pour une sigmoïdite, la colectomie segmentaire est suffisante. Pour EDELMANN, il est exceptionnel qu'une occlusion mécanique et invincible exige par elle-même une colostomie préparatoire à la résection.

Les très rares occlusions mécaniques du grêle exigent, par contre, l'intervention d'urgence. Nous n'avons pas observé dans nos cas, d'occlusion aiguë mécanique nécessitant une intervention chirurgicale.

F) LES SIGMOÏDITES PSEUDO-TUMORALES.

Abouïssement de loin le plus fréquent des sigmoïdites, les tumeurs inflammatoires sont les formes pour lesquelles le diagnostic étiologique est le plus difficile.

Au point de vue anatomo-pathologique, l'infection chronique des diverticules engendre un processus inflammatoire péri-sigmoïdien :

- une scléro-lipomatose diffuse englobe toute la tumeur, entraînant une sténose progressive en débordant dans la lumière intestinale.

- dans d'autres cas, il s'agit d'une hypertrophie fibreuse de la sous-muqueuse, à développement souvent important.

Dans les deux éventualités, la muqueuse, quoique fréquemment rouge et un peu épaissie, est saine et sans discontinuité. Il n'est pas rare de trouver dans le tissu inflammatoire, des petits abcès purulents enkystés, sans qu'il soit possible pour autant, de retrouver en eux-même les vestiges d'un diverticule.

Cette structure histologique explique l'insidiosité du développement de ces tumeurs, parfois volumineuses dès le premier examen.

Au point de vue clinique, leur description en est difficile. En principe, la clinique les différencie, car à l'hypertrophie sous-muqueuse correspond la forme sténosante et à la scléro-lipomatose sous-séreuse correspond la forme tumorale. Les formes font presque toujours hésiter, et il faut plutôt penser à un cancer qu'à une sigmoïdite, car à partir de 50 ans, devant un syndrome occlusif on pense à un cancer et on est heureux de trouver une sigmoïdite.

a) la forme sténosante.

Les sigmoïdites à tous les stades peuvent donner des épisodes sub-occlusifs torpides, qui sont en général précédés de troubles coliques. Ce ne sont pas des occlusions franches. En effet le tableau clinique est celui de toute occlusion du colon gauche.

Le début progressif est le plus fréquent, mais il n'est pas rare d'assister à une forme aiguë à début brusque, lorsqu'au rétrécissement inflammatoire s'ajoute une obstruction par fragment fécal, ou un spasme, ou une poussée d'œdème muqueux.

Les douleurs vagues jusque là, deviennent intenses, et sont remplacées par des coliques qui durent quelques heures, souvent plusieurs jours. Le malade perçoit dans son abdomen des gargouillements, prenant naissance en un point quelconque mais se dirigeant toujours du même côté et s'arrêtant au même endroit du flanc gauche.

Il s'y ajoute des nausées et des vomissements. L'arrêt des matières et des gaz est absolu. Apparition d'un ballonnement important avec distension coecale, pouvant même induire en erreur, et faire penser à une appendicite.

Si l'on sait attendre, et que l'on ne précipite pas, une évacuation se produit avec diminution des douleurs et tout rentre dans l'ordre : c'est la crise de Koenig du colon. Mais très souvent pensant à un cancer, on est poussé à intervenir, d'autant plus que les examens radiologiques avec ou sans préparation, sont en faveur d'une affection maligne.

b) la forme tumorale.

C'est la véritable forme pseudo-néoplasique, bien que l'élément de sténose s'y ajoute. Ce qui domine c'est le fait que par la palpation ou le toucher rectal, on perçoit une masse à gauche, qui en impose pour un cancer. Elle est fréquente.

- Signes de début : c'est parfois le malade qui découvre lui-même, en palpant une zone douloureuse de son abdomen, une masse de la fosse iliaque gauche. En général, le début est plus progressif marqué par des douleurs de la fosse iliaque gauche, avec ou sans troubles de l'évacuation. La palpation abdominale fait découvrir une masse dure et douloureuse de la fosse iliaque gauche. Enfin parfois, la masse n'est découverte que par le toucher rectal,

à bout de doigt dans le Douglas, à l'occasion d'un syndrome recto-sigmoïdien. Dans ce cas, la tuméfaction est difficile à percevoir, elle semble dure, mais surtout elle est douloureuse.

- Période d'état : la tumeur est le signe essentiel, faisant à elle seule évoquer le diagnostic de cancer. Elle est accompagnée d'un cortège pathologique, dont les signes n'ont en eux-mêmes que peu de valeur rassurante, lorsqu'on pense à une affection maligne. En effet l'état sub-fébrile avec hyperleucocytose, qui a seul de la valeur, est trop infidèle et fragile pour éliminer le diagnostic de cancer, d'autant plus que l'état général qui classiquement est conservé, est en fait touché. Le teint peut-être jaunâtre, terreux, avec anorexie, amaigrissement, haleine fétide. Souvent aussi, des petites hémorragies et des troubles du transit viennent assombrir le tableau ; ces derniers sont faits de constipation avec déformations des matières, ou de diarrhées par regorgement avec des accès d'obstruction intestinale. Même la radiologie et l'examen de la pièce opératoire ne peuvent souvent trancher entre sigmoïdite et cancer. Seules les caractéristiques de la tumeur sont parfois probantes ; celle-ci est directement découverte par le palper abdominal et dans la fosse iliaque gauche, mais elle est profonde, parfois perçue uniquement par le toucher rectal ou le toucher vaginal, qui montre une masse mobile, sensible, ferme, ces deux derniers touchers étant faits en associant le palper abdominal. La grosseur de cette tuméfaction est variable, elle est allongée dans l'axe du gros intestin, nettement limitée à son extrémité supérieure. Sa limite inférieure se perd dans la cavité pelvienne. Elle est dure, sensible à la pression, donnant l'impression d'un tube de caoutchouc roulant sous le doigt. Elle est lisse, arrondie, plus ou moins mobile sur le plan profond. Elle serait plus mobile qu'un cancer pouvant se laisser saisir et déplacer en masse. En fait le plus souvent, elle est fixée, semblant bloquée dans la fosse iliaque gauche. Mais un caractère important de ces masses inflammatoires est leur variabilité de volume et de consistance d'un examen à l'autre, ou même au cours d'examen comme l'a montré

BENSAUDE. Cette variabilité est due à un spasme surajouté ou à une dilatation sus-stricturale. L'examen en Trédelenbourg, combinant le toucher rectal ou vaginal avec le palper abdominal, permet de mieux apprécier son volume, sa mobilité, sa consistance.

- L'évolution de cette tumeur est souvent longue et entrecoupée de poussées fébriles franches (ce qui la différencierait du cancer, qui est plus torpide). Elle se fait en général vers l'aggravation et l'occlusion aiguë, après avoir donné des épisodes d'occlusion à répétition, et même des phénomènes infectieux. Ce qui est capital de noter, c'est que le volume de la tumeur ne correspond pas au degré de sténose. Si la sténose plus ou moins complète est fréquente, souvent une tumeur très volumineuse ne donne pas de sténose, ou tout au moins une sténose incomplète. C'est un bon signe en faveur de la sigmoïdite à l'opposé du cancer.

- Le lavement baryté montre que l'index opaque progresse difficilement, ralenti par un obstacle donnant une image lacunaire, ou passant à travers un défilé étroit. Cependant, la tumeur couvre une grande étendue, ses contours sont réguliers, le défilé sténosant est d'une longueur inhabituelle, à l'opposé des cancers, enfin et surtout, les deux pôles de la portion rétrécie se raccordent avec la partie saine de façon progressive.

Il n'est pas aisé de conclure sur ces nuances radiologiques, d'autant que certaines sténoses inflammatoires sont courtes, et que l'on a observé dans certains cas, des images d'invagination très suspectes. D'autre part, les diverticules ne sont plus visibles dans la partie tumorale, leur présence sur le reste du cadre colique, bien qu'évocatrice ne constitue pas une garantie suffisante.

Ainsi, les caractères cliniques et radiologiques de la tumeur, l'âge du sujet, la fréquence du cancer, ne permettent pratiquement jamais d'affirmer l'étiologie inflammatoire, même si l'interrogatoire révèle des antécédents très lointains de diverticulose, peut-être déjà confirmée radiologiquement.

Mais le cancer n'est pas le seul diagnostic différentiel de ces tumeurs, il est des cas où la symptomatologie pelvienne en impose pour une affection génitale ; enfin les signes urinaires, si fréquents dans les sigmoïdites, conduisent parfois à un diagnostic urologique.

TRAITEMENT.

Non traitées, ces tumeurs évoluent en général vers une aggravation : sténose de plus en plus serrée, aboutissant à une occlusion aiguë, parfois à une fistulisation surtout et principalement dans la vessie, plus rarement vers une péritonite.

Il est des cas où un traitement médical amène une amélioration des signes fonctionnels, généraux et radiologiques. Mais il faut craindre les rechutes et la progression du phénomène de sclérose cicatricielle, aboutissant à une sténose irréductible.

En règle, l'hypothèse d'une affection néoplasique, conduit vers une laparotomie exploratrice. On trouve une tumeur volumineuse, prenant en bloc, une large portion du sigmoïde et le méso-colon, adhérant fortement aux organes de voisinage. A ventre ouvert, la difficulté de diagnostic persiste, et il serait peut-être justifiable, sur un colon bien préparé, de pratiquer une colotomie exploratrice pour vérifier l'intégrité de la muqueuse, avant la résection. En effet, l'ablation de ces tumeurs inflammatoires permet une colectomie segmentaire beaucoup plus économique, qu'en cas de cancer.

L'exérèse est souvent difficile, car la tumeur retenue par un méso épais et inflammatoire, fixée aux organes de voisinage, est peu mobilisable.

La solution la plus satisfaisante devrait être la colectomie idéale en un temps, sans dérivation associée. Souvent possible, elle doit pourtant être remplacée par une résection avec dérivation provisoire si l'état local des tissus enflammés ne la permette. L'anastomose dans ces cas est en effet souvent fragile, faite dans des tissus aux limites de l'inflammation, et d'autre part soumise à des tractions que l'on peut éviter. La colostomie gauche représente dans ces cas, un élément de grande sécurité.

Nous avons une seule observation de sigmoïdite pseudo-tumorale (Obs. n° 10). Véritable péritonite plastique localisée, il s'agit d'une malade de 66 ans, en poussée aiguë d'une sigmoïdite diverticulaire, mise en évidence il y a un an, et traitée médicalement depuis sa découverte. Le lavement baryté pratiqué en urgence montrait un sigmoïde hyperspastique, avec un défilé serré à sa partie moyenne, et semble-t-il conservation du liseré muqueux. Mais en outre on a sur plusieurs clichés, une image d'empreinte sur le bord mésentérique du sigmoïde. L'hypothèse envisagée est alors celle d'un abcès sigmoïdien ou d'une sigmoïdite dégénérée. Cliniquement ce malade était porteur d'une volumineuse tumeur inflammatoire pelvienne, mais où les signes occlusifs n'étaient pas immédiatement menaçants. Un traitement médical d'urgence a permis d'obtenir la rétrocession des signes inflammatoires. L'intervention chirurgicale a permis dans un second temps de découvrir une volumineuse tumeur de la jonction recto-sigmoïdienne, ferme et bien mobile. Son aspect suspect de malignité, le reste de l'exploration étant normal, a fait pratiquer une hémicolectomie gauche d'emblée, avec anastomose colo-rectale en un plan. L'ouverture de la pièce opératoire montre une sclérolipomatose avec une muqueuse d'aspect normal. L'examen anatomo-pathologique a permis de conclure qu'il s'agissait d'une réaction inflammatoire sub-aiguë chronique, avec absence de signe de malignité. Les suites opératoires ont été excellentes. La malade revue récemment, un an après son intervention est en excellent état général.

G) Les hémorragies

Certes des sigmoïdites peuvent être à l'origine d'hémorragies abondantes. Mais la découverte radiologique de diverticules, ou même d'une sigmoïdite caractéristique ne doit pas pour autant faire accepter cette étiologie. Il faut avant tout s'efforcer d'éliminer les autres causes, beaucoup plus fréquentes, d'hémorragie intestinale.

Sans lésion associée, les hémorragies par diverticuloses, prennent rarement un caractère alarmant. L'hémorragie "symptôme", résumée par des selles striées de sang est couramment rencontrée dans les diverticuloses, et surtout dans les poussées inflammatoires. Elle pourrait peut-être expliquer l'anémie légère, fréquente chez ces malades. La fréquence de ces hémorragies est variable : MARSCHALL en relève 5,4 % et REICHMAN avance le chiffre de 19,7 %. Cette discordance quant au pourcentage des formes hémorragiques des sigmoïdites, semble due au fait que certains auteurs ne tiennent pas compte des petites rectorragies et émission de glaires sanguinolentes, courante dans cette affection.

L'origine de ces hémorragies est surtout diverticulaire, ulcération du fond du diverticule, ou de la muqueuse inter-diverticulaire.

Certaines diverticulites donnent, cependant, des hémorragies relativement abondantes de sang rouge. Elles surviennent en général chez des sujets porteurs de très nombreux diverticules. L'anémie sévère, qu'elles engendrent, commande une surveillance attentive et une éventuelle correction par des transfusions. Elles peuvent parfois revêtir une allure cataclysmique. J. W. DAVIS rapporte 33 cas d'hémorragie d'origine diverticulaire avec une mortalité opératoire de 30 %. Cette haute mortalité est due, d'après l'auteur, au retard pris pour intervenir. En face d'une hémorragie importante, il importe de ne pas trop prolonger la période rééquilibration, et d'intervenir d'urgence.

TRAITEMENT.

Les hémorragies abondantes sont rares et leur origine diverticulaire doit être sujette à caution. Leur importance nécessite rarement un geste chirurgical d'urgence. HENRY et EDELMANN ne font état que de 18 hémorragies graves ayant nécessité une intervention d'urgence sur 403 opérations. Lorsque l'intervention s'impose devant la gravité ou la répétition de l'hémor-

ragie, il semble que la colectomie puisse, seule, être efficace, à moins qu'il ait été possible de localiser le point qui saigne, ce qui est rare, pour n'avoir recours qu'à un geste plus limité dans l'exérèse.

Mais une notion domine le problème des hémorragies, c'est la crainte d'une lésion associée à la sigmoïdite et surtout l'éventualité du cancer, qu'il s'agisse d'une tumeur distincte du foyer de sigmoïdite ou de la dégénérescence de la sigmoïdite elle-même.

Dans nos observations nous n'avons pas observé de sigmoïdite compliquée d'hémorragie.

H) SIGMOÏDITE ET CANCER.

Le problème le plus ardu du diagnostic des sigmoïdites est leur différenciation d'avec le cancer. Ce problème donne leur valeur à toutes les investigations, cliniques, para-cliniques et même chirurgicales, visant à éliminer formellement l'existence d'un néoplasme.

Les deux affections revêtent souvent les mêmes formes cliniques, elles touchent des malades d'un même groupe d'âge et souvent leur aspect radiologique est analogue ; la présence de diverticule sur le colon n'éliminant absolument pas la possibilité d'un cancer. Le diagnostic est le plus souvent fait en cours d'intervention, mais parfois il est impossible de faire le diagnostic à l'examen de la pièce, et seul l'examen histologique peut apporter la preuve. Toutefois, il est important de s'efforcer à faire un diagnostic précis avant l'intervention, car cela permet le choix d'une tactique opératoire adéquate, la chirurgie des sigmoïdites n'ayant pas les mêmes impératifs que celle des cancers.

Presque toujours, le cancer siège en aval de la diverticulose. Il peut se révéler, comme tous les cancers du sigmoïde, par des troubles du transit, des épisodes sub-occlusifs, ou des hémorragies. Il s'agit en général de malades traités pour sigmoïdite depuis fort longtemps, et dont le diagnostic de diverticulite avait été confirmé par le lavement baryté.

Les polypes sont souvent associés aux diverticules. Ils sont pour une très grande part responsables des formes hémorragiques de la maladie. Leur transformation en tumeur maligne est classique et fréquente. L'importance de ce risque dans la polyposé contraste avec la bénignité relative et prolongée des diverticuloses.

Cette coexistence de cancer et de sigmoïdite a été déjà signalée par divers auteurs. Certains n'y voyant qu'une pure coïncidence, d'autres pensant qu'il y a une relation de cause à effet.

La fréquence de l'association cancer-sigmoïdite est estimée de façon diverse par les auteurs, SPEER et BACON trouvent sur 177 résections pour diverticulite 46 cancers, soit un pourcentage de 26 %. Pour D.A. CAMPBELL, la fréquence est de 10 %.

Le traitement chirurgical est variable, dépendant de la localisation et de l'étendue du néoplasme, pouvant aller de la résection avec anastomose termino-terminale à l'amputation abdomino-périnéale. Nous n'avons observé aucun cas d'association dans nos observations.

TYPE D'INTERVENTION ET TABLEAU CLINIQUE D'ENTREE

=====

SUTURE ET DRAINAGE SIMPLE	:	2 observations....	1 sub-occlusion 1 perforation 1 décès.
DRAINAGE ET COLOSTOMIE D'AMONT	:	3 observations....	1 sub-occlusion 2 syndromes ap- pendiculaires. 1 décès.
SUTURE ET DRAINAGE ET COLOSTOMIE D'AMONT	:	3 observations....	3 perforations. 0 décès.
COLECTOMIE IDEALE D'EMBLEE	:	4 observations....	1 fistule vésico- sigmoïdienne 1 perforation 1 sub-occlusion 1 sigmoïdite aiguë 1 décès.

OBSERVATIONS

De 1958 à 1969, nous avons relevé 12 cas de sigmoïdites diverticulaires, toutes compliquées. Ces 12 observations totalisent 12 complications, dont la répartition est indiquée par le tableau suivant.

12 SIGMOIDITES COMPLIQUEES.

- Péritonites par perforation.....	7 cas.
- Abscess sigmoïdiens.....	1 cas.
- Fistules :	
+ sigmoïdo-vésicale.....	1 cas.
+ jéjuno-colique.....	1 cas.
+ recto-vaginale.....;	1 cas.
- Tumeur inflammatoire aigue.....	1 cas.

TOTAL : 12 complications.

Nous n'avons pas observé d'occlusion aiguë du grêle ou du gros intestin, qui exigent l'intervention d'urgence. Il est bien entendu que le syndrome pseudo-occlusif réflexe en rapport avec une poussée de sigmoïdite aigue, est retrouvé cliniquement dans la majeure partie des autres complications. Nous tenons également à signaler qu'aucun cas d'hémorragie(rectorragie ou melaena), ou d'association avec un cancer, n'a été observé.

Il faut remarquer :

+ que les complications multiples simultanées ou successives sont possibles chez un même malade (HENRY et EDELMANN en 1962 faisaient état de 521 complications sur un total de 403 sigmoïdites.

+ que l'âge de ces sujets est en général élevé : 3 malades seulement avaient moins de 60 ans ; 9 avaient plus de 60 ans, dont un plus de 70 ans. Ce n'est pas sans incidence sur les techniques et les résultats du traitement.

+ que dans 8 cas sur 12, la complication a été inaugurale de la maladie diverticulaire, survenant au cours de la première poussée, tandis que dans 4 cas seulement, la durée d'évolution des signes coliques dépassait un an dans 3 cas, et plus de 10 ans dans un cas.

OBSERVATION N° 1

Madame Yolande F., 60 ans, nous est adressée en urgence, le 31.3.68 par son médecin traitant pour un syndrome occlusif de constitution progressive depuis une dizaine de jours.

L'interrogatoire nous apprend que cette malade se plaint depuis quinze jours de distension abdominale, sans nausées ni vomissements et respect des gaz et des matières.

L'examen clinique pratiqué à son arrivée montre un ventre tendu et douloureux avec une défense diffuse. Les orifices herniaires sont libres. Au TV RAS. Le TR par contre révèle un Douglas douloureux.

Devant cet état de souffrance péritonéale diffuse, on pratique d'abord un abdomen sans préparation qui ne montre rien. Le lavement baryté montre un passage de la baryte dans le péritoine avec image de sigmoïdite.

Une réanimation hydro-électrolytique est entreprise d'urgence. La NFS montre une polynucléose à 24.000 GB.

INTERVENTION D'URGENCE LE 31.3.68.

PERITONITE PAR PERFORATION DE SIGMOÏDITE DIVERTICULAIRE

Médiane sous-ombilicale. Péritonite plastique avec mésogras. Lavage péritonéal avec inventaire du contenu abdominal. Estomac, grêle = normaux. Coecum énorme, distendu. On se porte vers la région sigmoïdienne et on isole la perforation punctiforme. Pendant cette manoeuvre, écartant le grêle, on découvre une désinsertion mésentérique du méso sur 5 cm imposant une résection du grêle.

Vu l'incident du début (arrêt cardiaque à l'induction rapidement réduit par massage cardiaque externe et oxygénothérapie) et l'état local de péritonite plastique, on se contente de faire une suture de la perforation sur drainage et d'aboucher le colon iliaque en anus.

Anus iliaque sur baguette avec drainage immédiat par tube de Fauchaux pour vider le colon et surtout le coecum qui est très distendu. Suture péritonéale en pourtour de l'anse extériorisée. Fermeture de la brèche colo-périéale en amont de l'anse abouchée. Fermeture de l'incision médiane en un plan au Mersilène 2.

Le traitement médical post-opératoire est fait pendant quelques jours d'une réanimation parentérale associée à une synergie antibiotique (Péni + Coli)

Dans les suites, on note une désunion pariétale nécessitant un rapprochement des deux lèvres de la désunion par deux points en U de nylon 2, et mise en place d'un drain en caoutchouc. Malgré le drainage, apparition d'une pyrexie assez rebelle, mais qui disparaît par traitement au propidon. Les suites sont à partir de ce moment satisfaisantes.

La malade sort le 10.6.68 en excellent état général, et avec un traitement antiseptique intestinal.

Un rendez-vous lui est donné dans un mois, pour rétablissement secondaire de la continuité intestinale.

Le 20.9.68, réhospitalisée pour rétablissement secondaire de la continuité intestinale.

CRO (Dr. BLONCOURT)

- Résection recto-sigmoïdienne emmenant 20 cm de colon environ.
- Anastomose colo-rectale en 1 plan total selon le procédé de TOUPET, après abaissement de l'angle colique gauche et ligature au lin O de l'artère mésentérique inférieure à son origine.
- Péritonisation par cloisonnement colo-vésical et sur 2 drainages :
 - + lame dans le vagin
 - + mèche en rétro-péritonéal sortant par l'orifice de l'ancien anus iliaque.
- Opération de Childs au catgut chromé n° 3.
- Hystérectomie totale selon le procédé d'Aldridge pour endométrite suppurée.
- Paroi en 1 plan.

Histologie : diverticulite remaniée par des phénomènes inflammatoires et endométrite suppurée chronique.

Suites : fistule recto-vaginale avec suppuration et altération de l'état général.

- + drainage et aspiration par lame vaginale et mèche rectale.
- + anus transverse droit de dérivation.

Sortie le 6.12.68 en bon état général avec évolution favorable de la fistule.

Revue à la consultation le 15.1.69 : parfait état de cicatrisation de la fistule. On envisage la fermeture de son anus transverse droit dans un délai de 3 à 5 mois.

OBSERVATION N° 2

Mr Victor C., âgé de 72 ans, nous est adressé par son médecin traitant, le 22.12.67, pour une infection urinaire rebelle à des "traitements bien suivis et théoriquement sérieux".

L'interrogatoire nous apprend que ce Monsieur a été opéré le 22.1.67 d'un adénome prostatique à l'hôpital Saint-Antoine. Les suites opératoires ont été troublées par l'apparition d'un hématome et d'un abcès sus-pubien, et depuis ces épisodes, il continue à avoir des urines "bouillon sale" avec des mictions fréquemment "interrompues".

L'examen clinique montre :

- un sujet maigre, mais en bon état général.
- testicules, épидидymes, verge : Normaux
- TR ; RAS
- grosse éventration sus-pubienne

On demande au malade d'uriner devant nous : miction démarrant difficilement, avec un bon jet, mais avec des soubressauts et passage de gros fragments fibrineux et sablonneux.

On décide d'hospitaliser ce malade, afin de lui faire un bilan urologique avec une cystoscopie sous A.G.; car il est anormal que sa pyurie persiste aussi longtemps depuis sa prostatectomie de Janvier 1967.

L'U.I.V. pratiquée le 28.12.67 ne dénote pas d'atteinte du haut appareil urinaire et absence d'image lithiasique.

L'urethro-cystoscopie, par contre, montre une vessie à cellules et colonnes avec de nombreux diverticules ; la paroi postérieure de la vessie est très inflammatoire, pseudo-tumorale.

Cystographie pratiquée le 3.1.68 ; elle objective une FISTULE VESICO-COLIQUE qui n'a vraisemblablement pas de rapport avec son adenomectomié.

INTERVENTION le 11.1.68 (Dr. BLONCOURT)FISTULE VESICO-SIGMOIDIENNE sur une sigmoïdite diverticulaire.

- Médiante sous-ombilicale. Cavité péritonéale relativement libre; l'on s'assure qu'il s'agit bien d'une fistule vésico-sigmoïdienne.
- Repérage de l'uretère G. Ouverture de la vessie, en réséquant une collerette qui est laissée adhérente au sigmoïde.
- Résection segmentaire sigmoïdienne, suivie d'anostomose colo-rectale en 1 plan.
- Vessie saine, contenant des débris stercoraux, sans diverticules ni calcul. Sonde à ballonnet; Suture de la vessie en 2 plans au catgut chromé; les O.U. et le trajet intra-vésical des uretères ont été parfaitement repérés.
- Lame de caoutchouc dans le Douglas.
- Suture péritonéo-vésicale; lame de caoutchouc sortant par contre-incision iliaque gauche.
- Paroi plan par plan au catgut et nylon.

ANA-PATH Les coupes effectuées au niveau du colon montrent effectivement que celui-ci est le siège d'une lésion diverticulaire. En une région assez étendue l'épithélium de surface a disparu, remplacé par un granulome suppuré, qui apparaît très étendu en profondeur, richement vascularisé. Au delà de ce granulome existe une sclérose conjonctive richement vascularisée, infiltrée d'éléments inflammatoires et il est vraisemblable qu'à ce niveau se situe la solution de continuité et le trajet fistuleux constaté macroscopiquement.

SUITES : Bonnes; sort le 31.1.68 en bon état général.

OBSERVATION N° 3

Mr G. André, âgé de 64 ans, est hospitalisé en urgence le 21.11.67 pour un syndrome abdominal aigu fébrile, associant des vomissements, un arrêt des matières et des gaz ainsi qu'un météorisme abdominal.

- A l'interrogatoire, le malade se plaint depuis quelques mois de troubles dysuriques. Pas d'antécédents digestifs.
- L'examen clinique pratiqué en urgence montre :
 - un ventre douloureux à la palpation, mais souple et tympanique.
 - orifices herniaires libres.
 - les touchers sont négatifs.

Devant ce syndrome abdominal aigu, on demande en urgence :

- Abdomen sans préparation : qui montre uniquement une importante distention du grêle
- N.F.S. G.R. : 5.120.000 G.B. : 5.200 avec 60 % de poly. neutrophiles.
- Amylasémie : 30 unités
- Un lavement baryté : diverticuloses et diverticulites sigmoïdiennes.

On met ce malade en aspiration provisoire associée à une réanimation parentérale avec couverture antibiothérapique à large spectre et corticothérapie, dans le but d'obtenir un refroidissement médical de sa poussée de sigmoïdite avant de l'opérer.

On laisse sortir Mr G. André le 1.12.67, apyrectique, ayant retrouvé un transit normal, un abdomen souple et indolore. Un traitement d'entretien lui est prescrit en externe à base de Ganidan, Cortancyl, Tifomycine, Propidon ; en collaboration avec son médecin-traitant.

Le 23.12.67, Mr G. André est de nouveau hospitalisé dans le service d'urgence pour un tableau de péritonite d'origine perforatrice. Une radiographie de l'abdomen sans préparation montre une image de pneumo-péritoine.

Après quelques jours de réanimation médicale associée à une aspiration, on décide d'intervenir le 28.12.67 (Dr. BLONCOURT) - PERITONITE PAR PERFORATION D'ABCÈS SIGMOÏDIEN DIVERTICULAIRE

- incision de Barraya ; l'exploration montre qu'il existe un abcès pelvien complètement enclos par les anses grêles, et il semble provenir du sigmoïde. Pas de métastase hépatique.

- libération difficile du grêle ; le sigmoïde adhère intimement à la vessie, dans laquelle il n'est pas cependant fistulisé. Il s'agit d'un abcès sigmoïdien diverticulaire.

- résection sigmoïdienne avec rétablissement de la continuité en 1 temps. Hémostase facile des sigmoïdiennes. Anastomose en 1 plan à la soie.

- Extra-péritonisation par suture colo-vésicale.

- Drainage par lame de caoutchouc sortant par contre-incision iliaque G.

- Paroi plan par plan au catgut et nylon. Sonde vésicale à demeure.

- Dilatation anale.

ANA-PATH (Pr SORS) - 12.1.68.

Le fragment prélevé comporte effectivement une muqueuse de type colique et présente en profondeur quelques éléments diverticulaires. A ce niveau, on observe une fonte nécrobiotique et suppurée qui intéresse largement le méso adjacent.

Il s'agit donc bien d'un abcès sur diverticule perforé dans le méso adjacent. Il n'a été observé aucun signe d'inflammation spécifique, ni aucun signe de malignité.

Nous laissons sortir Mr. G. André le 26.1.68, après des suites opératoires simples, en le maintenant encore au Pindione à titre préventif, ainsi qu'à la Cantricine et Formocarbène car ses urines sont encore troubles.

Le 12.7.68, Mr G. André est revu à notre consultation. Il a repris 10 kg. Il va très bien. Pas de troubles urinaires actuels, malgré la présence d'un bel adénome prostatique, qui pour l'instant ne le gêne pas trop.

OBSERVATION N° 4

Mr C. Marius, âgé de 65 ans, est adressé d'urgence en chirurgie, le 20.7.68, pour un syndrome douloureux abdominal à début brutal.

L'interrogatoire ne révèle rien de particulier dans les antécédents de ce malade.

L'examen clinique de l'abdomen montre un ventre souple, mais cependant météorisé et assez sensible à la palpation. Pas de défense, ni de contracture. Les touchers sont négatifs. Les orifices herniaires sont libres. Absence de température.

Devant ce syndrome abdominal d'apparition brutal, on décide de demander en urgence les examens suivants.

- groupe
- N.F.S., qui montre une hyperleucocytose à 14.400 GB avec 83 % de polynucléaires neutrophiles.
- Amylasémie : 35 unités Somogyi
- Amylasurie : 350 unités Somogyi
- Urée sanguine : 0,18 g
- Glycémie : 1,36 g

- Les radiographies de l'abdomen sans préparation ne montrent pas d'image de pneumopéritoine, ni de signes d'occlusion.

- Le lavement baryté pratiqué à la suite montre un rétrécissement au niveau de la jonction recto-sigmoïdienne d'aspect très suspect.

Une réanimation parentérale est entreprise, en surveillant par un examen clinique bi-quotidien l'état de son abdomen.

Le 21.7.68 apparition d'une défense abdominale nette, diffuse, prédominant dans la fosse iliaque droite, ainsi qu'une température à 39°. On évoque une possible appendicite.

22.7.68 INTERVENTION (Dr. BLONCOURT)

- On commence par un Mac Burney ; à l'ouverture du péritoine apparition d'un liquide péritonéal purulent. En vérifiant l'état de l'appendice, on constate que son inflammation très légère n'explique pas la nature du liquide péritonéal.

- Médiante sous-ombilicale prolongée en sus-ombilicale, permettant l'exploration de tout l'abdomen. On découvre dans le colon pelvien une sigmoïdite dilatée, sclérosée en partie. On libère les adhérences ; on trouve une fistule diverticulaire avec un abcès sigmoïdien.

- On décide de pratiquer un anus iliaque gauche sur baguette . Drainage par lame.

Réanimation post-opération et antibiothérapie sont pratiquées pendant plusieurs jours.

Les suites sont très satisfaisantes et ce malade sort de l'hôpital le 11.8.68 en bon état général, avec un anus fonctionnant normalement, avec un traitement antiseptique intestinal. Un rendez-vous lui est donné dans 2 mois pour rétablissement de la continuité.

4.11.68, Mr C. Marius est rehospitalisé pour le rétablissement de la continuité. Intervention pratiquée le 8.11.68.

- Incision de Barraya gauche ; décrochement de l'anus iliaque gauche et mobilisation du colon descendant. Colectomie segmentaire gauche basse de 20 cm environ.

- Anastomose termino-terminale en 1 plan (Anastomose sans traction et n'ayant pas nécessité l'abaissement de l'angle gauche).

- Drainage par lame dans le décollement colo-pariétal gauche, sortant par l'orifice de l'ancien anus iliaque gauche.
- Opération de Childs, au catgut chromé n° 2.
- Paroi en 1 plan au nylon 2.
- Dilatation anale.

Soins post-opératoires : mobilisation de la lame au 4ème jour et ablation au 6ème jour.

Mr C. Marius sort le 23.11.68 en excellent état général. Il a été revu à la consultation le 8.1.69. Il va très bien.

OBSERVATION N° 5

Mme B. Danielle, âgée de 68 ans, est adressée dans le service le 11.4.68 par son médecin traitant pour un syndrome occlusif de constitution progressive.

L'interrogatoire nous apprend que cette malade présente depuis une semaine une constipation opiniâtre accompagnée de douleurs abdominales basses. Pas de passé digestif dans ses antécédents.

A l'examen, on constate un ventre très distendu, sa palpation très sensible dans son ensemble. Le toucher rectal est douloureux surtout à gauche. Les orifices herniaires sont libres. Une température à 39°.

Devant ce syndrome abdominal, nous demandons en urgence un bilan électrolytique ainsi que des radiographies de l'abdomen sans préparation. Ces dernières ne révèlent aucune image pathologique, si ce n'est une distension assez importante de tout son cadre colique.

Le lavement baryté pratiqué à la suite montre des images de diverticules sur le sigmoïde, et le colon gauche, ainsi qu'un rétrécissement du sigmoïde sur une distance de 8 cm.

Le diagnostic de sigmoïdite est retenu. Nous la mettons à un traitement médical composé de Pénicilline, Coli, Ganidan, Propidon, pendant une durée de 3 semaines dans le but d'obtenir un refroidissement des lésions, et de pouvoir intervenir ultérieurement.

INTERVENTION le 3.5.68. (Dr. BLONCOURT)

- Médiante sous-ombilicale prolongée en oblique dans l'hypochondre gauche. L'exploration montre :

- une inflammation localisée du sigmoïde, qui adhère à la trompe et à la corne utérine gauches, ainsi qu'à la face postérieure de la vessie.

- les ovaires sont normaux.

- le foie, le grêle et l'estomac sont normaux.

- La libération des adhérences sigmoïdo-vésicales a permis d'évacuer un abcès péri-sigmoïdien. Il n'y a pas de perforation. La paroi sigmoïdienne est oedématisée, cartonnée sur 12 cm environ. Le méso adjacent est infiltré. Les lésions rencontrées n'ont pas l'allure néoplasique.

- On décide de pratiquer une résection segmentaire avec anastomose colo-colique en un plan extra-muqueux. Fixation du colon gauche au péritoine pariétal postérieur. Drainage par lame retro-anastomotique.

Les suites semblent être simples sous réanimation médicale. Vers le 15.5.68 apparaît progressivement une fistule cutanée abdominale. On décide de mettre un drain en caoutchouc dans le trajet fistuleux, associé à une aspiration continue.

Après quelques jours de surveillance, et devant l'état de plus en plus alarmant de la malade, nous décidons de réintervenir le 27.6.68.

- Reprise de l'ancienne incision de médiane sous-ombilicale, prolongée en ombilico-costale gauche.

- Libération du grêle depuis l'angle duodeno-jéjunal jusqu'à l'angle iléo-coecal.

- A 80 cm de l'angle duodeno-jéjunal, le grêle adhère fortement à la paroi pelvienne gauche et présente de nombreuses fistules (4) mettant en communication le grêle avec le colon gauche, dont l'anastomose pratiquée 6 semaines auparavant a totalement désunie, réalisant une fistule jéjuno-colique externe qui s'évacue par la lame de drainage.

- On pratique :

- une résection de 15 cm de grêle suivie d'anastomose termino-terminale en un plan.

- opération de Hartmann : anus iliaque gauche ; résection de 6 cm de colon gauche, le bout distal est suturé à la soie 00 en 2 plans.

- drainage par lames, sortant par contre incision gauche.

- paroi en un plan total au fil d'acier n° 3.

Malgré un traitement antibiotique intense, la malade décède le 14.7.68 dans un tableau de grande cachexie.

OBSERVATION N° 6

Mme C. Andrée, âgée de 50 ans, entre en observation dans le service le 30.9.66 pour un amaigrissement de 6 Kg survenu en un an, surtout associé à des troubles du transit d'apparition récente ; alternance de diarrhées et de constipation.

L'interrogatoire nous apprend que cette malade est porteuse d'une diverticulose sigmoïdienne depuis 10 ans.

L'examen clinique de l'abdomen est négatif. Les orifices herniaires sont libres. Les touchers nous révèlent l'existence d'une masse, antérieure par rapport au rectum ; il s'agit d'une masse utérine ou annexielle.

Divers examens radiologiques sont alors pratiqués :

- un transit oeso-gastro-duodéal, une urographie I-V ; normaux.
- un lavement baryté qui montre des images de diverticulose colique.

Nous laissons sortir Mme C. Andrée après quelques jours d'observation.

Le 20.4.67, Mme C. Andrée entre de nouveau à l'hôpital pour un syndrome sub-occlusif d'installation progressive associant des vomissements à des douleurs abdominales basses.

L'examen clinique pratiqué à son arrivée montre un ventre météorisé, mais non douloureux à la palpation. Les orifices herniaires sont libres. Les touchers sont négatifs. Absence de température.

Les radiographies de l'abdomen sans préparation ne montrent aucune image pathologique.

Après quelques jours d'observation sous traitement médical (aspiration, réanimation parentérale) on décide de pratiquer une laparotomie exploratrice le 24.4.67.

- ABCES PERI-SIGMOIDIEN, qui contient une cuillère à soupe de baryte.

- Anus iliaque gauche sur baguette avec lame sus-pubienne de drainage.

Les suites opératoires sont bonnes, et Mme C. Andrée sort le 31.5.67 avec un traitement au Ganidan. Nous désirons la revoir dans 2 mois, afin de prendre pour elle une décision définitive.

Le 4.10.67, Mme C. Andrée entre pour rétablissement de la continuité colique. L'intervention pratiquée comporte une colectomie segmentaire avec anastomose termino-terminale en un plan. Les suites sont excellentes. Mme C. Andrée sort le 31.10.67.

OBSERVATION N° 7

Mr B. Roland, âgé de 51 ans, est hospitalisé d'urgence en chirurgie le 13.11.68 pour un syndrome douloureux abdominal d'apparition brutale à la suite d'un effort de défécation.

- L'examen clinique de l'abdomen montre une contracture abdominale.
- Le toucher rectal est relativement douloureux. Absence de température.
- Les radiographies de l'abdomen sans préparation ne montrent pas d'image de pneumo-péritoine.

On décide de pratiquer une laparotomie d'urgence après réanimation parentérale.

C.R.O. (Dr BLONCOURT)

- petite laparotomie médiane sous-ombilicale qui montre immédiatement la présence de pus franc dans la cavité péritonéale, et qui oriente vers une perforation du sigmoïde.

- L'exploration confirme qu'il s'agit bien d'une PERFORATION volumineuse (1 cm²) du sigmoïde au niveau d'un gros diverticule d'aspect nécrotique.

- suture de la perforation qui est enfouie sous de grandes franges coliques.
- établissement d'un anus iliaque gauche de dérivation.
- drainage du Douglas par lame.

Les suites sont simples. Mr B. Roland sort le 13.12.68 en bon état général.

Mr B. Roland est réhospitalisé le 20.1.69 pour rétablissement de la continuité. Colectomie segmentaire avec anastomose termino-terminale en un plan.

OBSERVATION N° 8

Mme P. Denise, âgée de 67 ans, est hospitalisée pour des douleurs abdominales basses associées à des vomissements et à un arrêt des matières et des gaz.

L'interrogatoire ne dénote rien de particulier dans ses antécédents.

L'examen clinique de l'abdomen le montre météorisé, sensible à la palpation. Les orifices herniaires sont libres. Les touchers sont sensibles.

Les radiographies de l'abdomen sans préparation montrent une distension colique.

Le lavement baryté pratiqué en urgence objective une fuite de la baryte dans la cavité péritonéale au niveau du sigmoïde.

INTERVENTION d'urgence

- médiane sous-ombilicale. PERFORATION gangrénée non colmatée d'un diverticule du sigmoïde. Excision des bords gangrénés de la perforation et suture par 3 points au lin O.

- anus transverse gauche sur baguette ; drainage du Douglas par lame.

Les suites paraissent bonnes. Au 8ème jour après l'intervention apparaissent des douleurs de l'hypochondre droit avec de la fièvre et constitution d'un plastron sous-hépatique, qui ne cède pas à un traitement antibiotique et à la glace.

Un abdomen sans préparation montre de nombreux niveaux hydro-aériques sur le grêle.

La NFS montre une forte leucocytose à 22.000 GB.

On décide d'intervenir :

- incision para-médiane droite. On découvre un abcès sphacélique de la région sous hépatique, où les adhérences sont très denses.

- un décollement colo-hépatique est impossible.

- on se contente de mécher et de drainer par l'intermédiaire de lames et de drains.

Il s'agit ici d'un phlegmon secondaire à une perforation diverticulaire de l'angle hépatique du colon, non retrouvée au cours de l'intervention.

Les suites sont favorables. Nous revoyons cette malade 2 mois après. Fermeture de l'anus transverse gauche de dérivation. L'âge de la malade et son état général ne permettant pas d'envisager une cure radicale.

OBSERVATION N° 9

Mme B., âgée de 55 ans, est hospitalisée d'urgence pour appendicite aiguë. L'examen clinique à l'entrée présente effectivement tous les signes d'une crise aiguë d'appendicite : Mac Burney, touchers très douloureux à droite, température à 39°.

Intervention d'urgence

- incision de Mac Burney ; présence de pus dans le péritoine ; appendice sain ; appendicectomie avec enfouissement.
- médiane sous ombilicale ;
 - + présence de pus et de fausses membranes dans le cul de sac de Douglas.
 - + PERFORATION lenticulaire sur le bord mésentérique du colon sigmoïde.
- Anus de dérivation iliaque gauche sur baguette
- Drainage par mèches dans le cul de sac de Douglas, associé à un Mickulicz.

SUITES : décède à la 48 ème heures ; énorme phlegmon gangréné de la paroi malgré le traitement antibiotique.

OBSERVATION N° 10

Mme D. Madeleine, âgée de 66 ans, est hospitalisée en chirurgie pour une aggravation récente d'une sigmoïdite diverticulaire mise en évidence en novembre 68 et traitée médicalement jusque là.

Depuis 24 heures, cette malade présente des douleurs spontanées de la fosse iliaque gauche exacerbées par la palpation.

Un lavement baryté pratiqué en urgence montre un sigmoïde hyperpastique, avec un défilé serré à sa partie moyenne et semble-t-il conservation du liseret muqueux. Il semble donc s'agir d'une sigmoïdite sur diverticules. Mais en outre on a sur plusieurs clichés une image d'empreinte sur le bord mésentérique du sigmoïde. La première hypothèse envisagée est celle d'un abcès sigmoïdien ou d'une sigmoïdite dégénérée.

INTERVENTION : On découvre une tumeur volumineuse de la jonction recto-sigmoïdienne de 5 cm de long, ferme et bien mobile. Son aspect est suspect de malignité. Pas de métastase. Le reste de l'exploration est normal.

- Hemi-colectomie gauche.

- Abaissement de l'angle colique gauche. Anastomose colo-rectale en un plan à la soie 00. Appendicectomie avec enfouissement.

L'ouverture de la pièce colique montre une infiltration scléro-lipomateuse avec une muqueuse d'aspect normal. L'examen anatomopathologique conclut à une réaction inflammatoire sub-aiguë chronique, avec absence de signe de malignité.

Les suites opératoires sont excellentes et la malade sort en bon état général.

OBSERVATION N° 11

Mr V.C., âgé de 60 ans, est hospitalisé d'urgence pour un syndrome appendiculaire aigu.

A son entrée, on note une température à 38° 5, à la palpation une défense abdominale prédominante à droite, un pouls très rapide. Le toucher rectal révèle une masse sus-prostatique droite, légèrement douloureuse.

L'interrogatoire de ce malade nous apprend qu'il se plaint depuis quelques mois de douleurs vagues de la fosse iliaque gauche associées à des troubles du transit, sans perte de l'appétit ni perturbation de la courbe de poids. Quelques heures avant d'appeler son médecin traitant, le malade après avoir effectué un gros effort pour porter une bouteille d'oxygène avait ressenti une douleur très vive, en coup de poignard, de localisation pelvienne et d'irradiation scrotale.

Les examens biologiques et radiologiques pratiqués en urgence sont normaux.

Devant cet état de souffrance péritonéale diffuse, on décide d'intervenir.

Intervention :

- Mac Burney ; pus dans le péritone, appendice sain ; on pratique une appendicectomie.

- Médiane sous-ombilicale ; découverte d'une perforation d'un diverticule sigmoïdien infesté, adhérent à la vessie. On procède à :

+ une diverticulectomie suivie d'une fermeture par points en X au catgut.

+ un drainage par mèche et lames placées dans le cul de sac de Douglas.

- Fermeture de la paroi en 2 plans.

Suites opératoires. Bonnes, le malade quitte le service 3 semaines après son intervention.

Suites lointaines. Le malade revu après un an et demi va très bien. On ne trouve plus de troubles du transit. Un lavement baryté de contrôle a été demandé, mais le malade se sentant en bonne santé, s'y refuse.

OBSERVATION N° 12

Madame D., âgée de 76 ans est hospitalisée depuis plusieurs jours dans un service de médecine pour un syndrome sub-occlusif accompagné d'une pyrexie oscillant depuis une huitaine de jours, et une grosse hernie ombilicale, d'allure inflammatoire, saillante, qui, la fait admettre dans notre service avec le diagnostic d'hernie ombilicale étranglée.

On décide d'intervenir d'urgence après une courte réanimation parentérale associée à une aspiration duodénale continue.

C.R.O. L'incision contourne l'ombilic afin de réaliser une omphalectomie, et au moment de l'ouverture du péritoine on trouve un pus sphacélique, fétide, que l'on pense tout d'abord être en rapport avec une nécrose d'une frange épiploïque étranglée, mais on s'aperçoit vite que le sac de la hernie ombilicale était en communication avec un gros abcès méso-caelique provenant d'une perforation bouchée du sigmoïde.

Suture en bourse de la perforation.

Drainage par lame de caoutchouc dans le cul de sac de Douglas.

On pratique un Noble au surjet de lin.

Paroi au catgut chromé n° 2

Drainage aspiratif sous-cutané.

Suites : La malade constitua très rapidement un syndrome infectieux extrêmement sévère et décéda le 3ème jour après l'intervention.

CONCLUSIONS

La fréquence des sigmoïdites et de leurs complications paraît augmenter depuis quelques années. Il nous a paru intéressant de recueillir et d'étudier les cas de sigmoïdites compliquées traitées chirurgicalement à l'hôpital de Longjumeau. Ces observations nous ont permis de retracer les formes anatomocliniques des sigmoïdites compliquées, de les illustrer en partie, et de rappeler leur traitement.

L'accord est presque unanime pour le traitement médical des sigmoïdites non compliquées, le traitement chirurgical n'étant mis en oeuvre qu'en cas de complications.

Dès lors qu'une sigmoïdite relève de la thérapeutique chirurgicale, c'est une colectomie segmentaire qu'il faut pratiquer. En supprimant le colon pathologique, elle évite les récidives et les troubles du transit.

Cependant les circonstances du traitement sont bien différentes en urgence devant des accidents souvent dramatiques et les interventions faites de propos délibéré, à froid, après un traitement médical prolongé ou à la suite d'une intervention palliative.

L'idéal est, certes, de faire la colectomie en un temps, c'est-à-dire d'emblée. La colostomie d'amont préalable conserve de nombreuses indications : outre les cas d'urgence, où elle réalise le geste le plus efficace, elle permet également d'attendre les conditions locales et générales les plus favorables, pour pratiquer une résection sigmoïdienne secondaire. Dans le même esprit,

la résection en deux temps, avec anus contre-nature, ne semble pas devoir être abandonnée, les conditions anatomiques et pathologiques rendant difficile, parfois, l'anastomose immédiate et laissant des doutes sur sa solidité. Le rétablissement secondaire de la continuité, pratiquement toujours possible, sera effectué à distance de l'accident, après avoir obtenu le refroidissement des lésions inflammatoires.

Le traitement des complications chroniques, les fistules externes ou internes, les tumeurs sigmoïdiennes sténosantes, devraient être la colectomie idéale en un temps, sans dérivation associée. Dans le cas particulier de la fistule vésico-sigmoïdienne, il est admis par tous qu'aucune résection vésicale ne doit être pratiquée. La simple suture de l'orifice et le drainage de la vessie par sonde urétrale suffisent à assurer la cicatrisation.

Y a-t-il lieu d'envisager pour les formes non compliquées un traitement chirurgical, à visée préventive, connaissant la gravité des complications lorsqu'elles surviennent ? Certes, il n'est pas question d'opérer toute diverticulose colique, mais de nombreux auteurs (Cl. HOUDARD, G. EDELMANN, J. LOYGUE) sont unanimes pour recommander la résection colique prophylactique lorsque :

- les crises de diverticulite récidivent de façon rapprochées, s'accompagnant de signes urinaires faisant craindre une fistulisation.
- une masse inflammatoire reste palpable au décours d'une crise ;
- les signes radiographiques montrent une déformation sigmoïdienne persistante ;
- il existe un ou plusieurs polypes associés ;
- les hémorragies intestinales se répètent ;
- le sujet est jeune, de moins de 50 ans.

La mortalité d'une telle intervention pour diverticulite non compliquée est presque nulle (statistique de J. LOYGUE, 1,7 %). Elle constitue le véritable traitement curateur de cette maladie.

Vu, le Président de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté

A. SICARD

G. BROUET

Vu, et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

ASLANIAN A.

A propos de deux complications majeures de diverticulites sigmoïdiennes.
Thèse Paris, 1962, n° 941, 39 pages.

BERTRAND J. et BRIZON J.

La diverticulose colique.
Mémoire Revue de Médecine de Tours t. 1 n° 1, pp. 11-36, 1967.

BLAKE K. W.

Diverticulite avec fistules sigmoïdo-vésicales.
California Med., déc. 1964, 101, n° 6, 445-446 (Bibliogr.).

BONNET-EYMARD J., COUDERC PA., VALOIS J., et RACHALL M.

Sigmoïdite segmentaire. Données anatomo-cliniques et discussions nosologiques.
Arch. Mal. App. dig., mars 1963, 55, n° 3, 233-239.

FORIES-AZEAU A. et DOSSA J.

Diverticulite sigmoïdienne pseudo-tumorale. Opération de Hartmann.
Iléo-colo-rectoplastie secondaire.
Montpellier chir., 1966, 12, n° 3, 285-290.

BACON H. E. et VALLENTE M. A.

Le traitement chirurgical de la diverticulite.
Am. J. Surg. Frev. 1956, 91, n° 2, 178-183 (bibliogr.)

BERTRAND P., GIRARD M., AUPECLE., DALMAIS J., GUILLAUD J. P. J.

Sigmoïdite diverticulaire et cancer associés. A propos de 9 observations.
J. Med. Lyon, 5 nov. 1955, 36, n° 860, pp. 759-769.

BERTRAND P., FRANCILLON J., et DEVAUX J.P.

A propos du traitement chirurgical des sigmoïdites.
Ann. Chir. Mai 1956, 32, n° 5, pp. 327-334 (Bibliogr.).

BOYDEN A.M.

Résection en deux temps des diverticulites sigmoïdiennes compliquées
dans des cas sélectionnés.
Ann. Surg. (suppl.) déc. 1961, 154, n° 6, pp. 210-214. (Bibliogr.).

BUSSON A. et SCHNEIDER A.

Evolution des diverticulites aiguës du sigmoïde sous traitement médical.
Entretiens Bichat (Médecine), 1963, pp. 105-110.

BUSSON A. et SCHNEIDER A.

Diverticulose et diverticulite du colon sigmoïde.
Concours méd., 9 nov. 1963, 85, n° 45, 59995-6005.

CAMPBELL D.A.

Occlusion sigmoïdienne par cancer ou diverticulite. Analyse des problèmes
diagnostiques et thérapeutiques.
Ann. Surg. (suppl.), déc. 1961, 154, n° 6, 203-209 (Bibliogr.)

CHAILLOT J.

Fistules vésico-sigmoïdiennes dans la diverticulose.
Thèse Bordeaux 1960 n° 251.

CHATELIN C.L.

Sigmoïdite sténosante pseudo-tumorale.
Presse méd. 16 déc. 1961, 69, n° 54, 52.

CIBERT J., GILLOZ A., OCZWARCZAK E., et KAMAL H.

Les fistules sigmoïdo-vésicales dans la sigmoïdite.
Lyon chir., juil. 1966, 62, n° 4, 534-559, 9 fig. (Bibliogr.).

COMBEMALE B. et LEPLAT F.

La chirurgie dans le traitement des sigmoïdites non compliquées. (Technique
et résultats).
(Colloque chirurgical Paris-Lille 1967). Ann. Chir., déc. 1967, 21,
n° 25-26, C. 1577.

DAVIS J. W.

Hémorragie Diverticulosis.
(Texas J. M. 1962, 58, 701).

DESSERTY D. L. F.

Les sigmoïdites chez le vieillard.
Thèse Paris 1961, n° 1102, 38 pages.

DUPUY R.

Fistules colo-vésicales au cours des sigmoïdites diverticulaires.
Caz. Méd. France, 25 nov. 1966, 73, n° 22, 4379-4393, 6 fig. (Bibliogr.).

DEVAUX J. P.

Contribution à l'étude des sigmoïdites.
Thèse Lyon 1956, N° 102.

DETRIE P.

Les perforations en péritoine libre des sigmoïdites.
Presse méd. 5 oct. 1955, 63, n° 64, 1309-1310 (Bibliogr.).

EDELMANN G.

La chirurgie dans le traitement des sigmoïdites non compliquées
(Technique et résultats). Colloque chirurgical Paris-Lille 1967.
Ann. chir. déc. 1967, 21, n° 25-26, C. 1577.

EDELMANN G.

Les indications du traitement chirurgical dans les sigmoïdites.
(Colloque chirurgical Paris-Lille 1967). Ann. Chir. déc. 1967, 21,
n° 25-26, C. 1587-C. 1588.

EDELMANN G. et DUMAS D.

La chirurgie dans le traitement des complications des sigmoïdites.
(Colloque chirurgical Paris-Lille 1967). Ann. chir. déc., 1967, 21,
n° 25-26, C. 1561-C. 1562.

EVARD C., ALEXANDRE J. H., SIMON C., et LARRIEU H.

Réflexions à propos de 37 observations de sigmoïdites.
Ann. Chir. (Suppl. Sem. Hôp. Paris), déc. 1965, 19, n° 25-26,
C. 1601- C. 1611.

FIGARELLA.

Péritonites sigmoïdiennes. Communications personnelles.
Marseille Chir. Jan-Fév. 1956.

GANTOIS M.

Les sigmoïdites aiguës (problèmes chirurgicaux immédiats et secondaires).
Thèse Lille, 1960, n° 86.

GARBAY M. et BOUCHARD P.

La chirurgie dans le traitement des sigmoïdites non compliquées.
(Colloque chirurgical Paris-Lille 1967). Ann. Chir. déc., 1967, 21,
n° 25-26, C. 1571-C. 1573.

GAUTIER-BENOIT C. et BRENNER A.

La chirurgie dans le traitement des principales complications des
sigmoïdites (colloque chirurgical Paris-Lille 1967).
Ann. Chir., déc. 1967, 21, n° 25-26, 1565.

GIRARD M.

Une maladie de la 2ème moitié de la vie ; la sigmoïdite.
Méd. Lyon, 2 oct. 1962, 43, n° 1019, 1545-1554.

GOFFIN R. et FABRY G.

Remarques sur la chirurgie des sigmoïdites diverticulaires.
Lyon chir. sept. 1961, 57, n° 5, 719-727, 7 fig.

GRIMOUD M., LAPEYRERE J., et GREZE-RUEFF F. (Mme).

Les aspects chirurgicaux des sigmoïdites aiguës.
Arch. Mal. dig., sept. 1960, 49, n° 9, 1191-1196.

GUIVARCH M., MARQUAND J., et MOUCHET A.

Les sigmoïdites. A propos de 47 observations.
Ann. Chir., mars 1963, 22, n° 5-5, 315-320.

HARDOUIN J. P.

Récidive d'abcès péri-sigmoïdien, 3 ans après une colectomie segmentaire
pour sigmoïdite diverticulaire abcédée.
Presse méd. 9 juin 1962, 70, n° 28, 64.

HECTOR A.

Complications aiguës des sigmoïdites diverticulaires.
(Colloque chirurgical Paris-Lille 1967). Ann. chir. déc. 1967, 21,
n° 25-26, C. 1567.

HOUDARD O., DELIGNY M. et PELISSIER E.

Les indications chirurgicales dans les sigmoïdites.
(Colloque chirurgical Paris-Lille 1967). Ann. Chir. déc. 1967, 21,
n° 25-26, C. 1583-C. 1586.

HOLSTENKAMP A.

Contribution à l'étude des sigmoïdites perforées.
Thèse Paris 1961, n° 735.

JOUVE O.

Les perforations des sigmoïdites diverticulaires.
Gaz. méd. France, 25 fév. 1963, 70, n° 4, 645-654.

JUDD E.S. Jr.

La diverticulite.
Arch. Surg., juin 1955, 70, n° 6, 818-825 (bibliogr.).

LAFSAURY G.

Sigmoïdite perforée en péritoine libre traitée à chaud par colectomie
segmentaire.
Lyon Chir., juil. 1960, 56, n° 4, 578-580.

LANGERON P; et PREVOST A.G.

Sigmoïdite à forme occlusive. Colostomie immédiate et résection secon-
daire. Présentation de documents anatomo-radiologiques.
Arch. Mal. App. dig., mars 1962, 51, n° 3, 213-215.

LARRIEU H. et FOURQUET D.

Quelques problèmes d'urgence posés par les sigmoïdites et colites
diverticulaires aiguës.
Ann. Chir. (suppl. Sem. Hôp. Paris), jan. 1960, 14, n° 1-2, 65-66, 5 fig.

LEIBOVICI R; et SULTAN R.

Les tumeurs inflammatoires du colon.
(Ann. Chir. 1962, vol. 16, n° 17-18).

LINDER J.M. et HOFFMAN S.

Extériorisation dans le traitement chirurgical de la perforation aigue
 enpéritoine libre dans la diverticulite du colon sigmoïde.
 Surg. Gyn. Obst., juin 1962, 114, n° 6, 755-757.

LOYGUE J.

Diverticulose sigmoïdienne et sigmoïdites.
 Rev. Praticien 21 avr. 1965, 15, n° 12, 1655-1663.

LOYGUE J.

Traitement chirurgical des sigmoïdites compliquées.
 (Colloque chirurgical Paris-Lille 1967). Ann. Chir. déc., 196
 21, n° 25-26, C.1557-C.1559.

LOYGUE J. et SARRAZIN A.

Les indications chirurgicales au cours des diverticulites sigmoïdiennes.
 Arch. Mal. App. Dig., mars 1956, 45, n° 3, 278-293.

LOYGUE J. et PINAIRE J.

La colostomie préalable dans la chirurgie du colon gauche.
 Ann. Chir. 1962, 16, 299.

LOYGUE J. et DE LA VAISSIERE G.

Diverticules de l'intestin grêle et du colon.
 E.M.C. Estomac, fasc. 9074 A10, 3-1965.

LORTAT-JACOB J.L., FEKETE F., et GIULI R.

A propos de 17 cas de sigmoïdites traitées chirurgicalement.
 (Colloque chirurgical Paris-Lille 1967). Ann. Chir. déc. 1967, 21,
 n° 25-26, C.1591-C.1592.

MALVESIN J. et CONTE M.

Les sigmoïdites diverticulaires.
 Gaz. Méd. France, tome 75, n° 30, du 5 déc. 1968.

MARCHAIS J.P.

Etude clinique de 6 cas de sigmoïdite hémorragique.
 Thèse paris, Mars 1953, 73 pages.

MARTIN E. et coll.

Les lésions neuro-musculaires de la paroi colique au cours des sigmoïdites simples et diverticulaires. Etude de 100 pièces d'exérèse et de nécropsie.

Arch. Mal. App. dig., mars 1967, 56, n° 3, 221-222.

MARTIN E. et FONTAINE J.L.

Les altérations neuro-musculaires de la paroi colique au cours des sigmoïdites simples et diverticulaires.

Vie Médicale., oct., 1966, 47, 845-852.

MOORE R.M. et KIRKDEY O.T. Jr.

La résection en un temps, dans des cas sélectionnés de diverticulite du sigmoïde.

Ann. Surg. Juin 1954, 139, n° 6, 826-832 (Bibliogr.).

MOSELEY R.V. et ROSS F.P.

Diverticulite du sigmoïde. Evaluation en pratique courante dans un hôpital de communauté.

Ann. Surg. août 1966, 164, 275-283 (Bibliogr.).

NADAL R. et JOURDE L.

Aspects radiologiques des sigmoïdites.

Entretiens de Bichat. (Chirurgie et spécialités) 1957, 407-408.

PARIS J., HARDOUIN J.P. et DEBRAY C.

Indications et résultats du traitement médical des sigmoïdites diverticulaires.

Ann. Chir. déc. 1967, 21, n° 25-26, C.1539-C.1547.

PARADNY R. et KARK A.

Massive hemorrhage in diverticular disease of the colon.

Amer. J. gastro-ent. 1967, 47, 1, 41, 47.

RAZEMON P. et FOVET A.

Sigmoïdites chirurgicales.

Ann. Chir. (Suppl. Sem. Hôp. Paris) juin 1961, 15, n° 11-12, C.754. C.759. (bibliogr.).

RENE L.

Indications du traitement chirurgical des sigmoïdites.

Ann. Chir. déc., 1967, 21, n° 25-26, C. 1589-C. 1590.

ROMSDAHL H. et COLL W.H.

Diverticulitis of the colon.
Ann. Surg. Vol. 85, n° 5, Mai 1963.

REICHMAN H.R. et WATKINS J.B.

Diverticular disease of the colon.
Am. J. Med. Ass. 1962, 182, 1023.

SABATIER P.

Contribution à l'étude des complications péritonéales des sigmoïdites.
Thèse Toulouse 1961, n° 2.

SCHNEITER R.

Les sigmoïdites chirurgicales.
Méd. et Hyg. 29 juin 1936, 24, n° 740, 676-680.

SHADEN J.

Diverticulite et cancer du colon sigmoïde.
Gastro-Enterology. Juil. 1954, 27, n° 1, 67-74.

VERNEJOUL R. (de)

Conclusions sur le traitement des sigmoïdites.
(Colloque chirurgical Paris-Lille 1967), Ann. Chir. déc. 1967, 21,
N° 25-26, C.1595-C.1596.

VERNE J.M. et coll.

Perforation du colon sigmoïde au cours d'efforts de défécation.
Acad. de Chir. Séance du 21 février 1962.).

WANEPH J.M.

Surgical Management of Diverticulitis of the Colon.
Proc. Staff. Med. Mayo Clinic. T.36, n° 19 Sept. 1961.

WELTI H.

A propos du traitement chirurgical des diverticulites du colon.
La Presse Médicale, 72, n° 23, pp. 1347-1348, 9.5.1964.

